

**LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y LA
PROBLEMÁTICA DE GÉNERO EN LA PERSPECTIVA DE
LA OMS**

Patricia Hernández

y

Jean Pierre Poullier

Organización Mundial de la Salud

LAS CUENTAS NACIONALES DE SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DE GÉNERO EN LA PERSPECTIVA DE LA OMS

*Patricia Hernández y
Jean Pierre Poullier
OMS*

Como parte de las actividades prioritarias, el esfuerzo actual de la OMS se ha orientado a desarrollar las bases de la rectoría de los sistemas de salud. El propósito ha sido asegurar que los recursos utilizados logren la más elevada salud de las poblaciones a través de políticas sustentadas en evidencia. Este objetivo supone el uso de los resultados de la investigación y de una gran parte de los datos existentes en los sistemas de información de salud en el mundo. Dentro del ámbito financiero y como parte de las estrategias que llenarán este vacío, las cuentas nacionales de salud se han propuesto como una de las herramientas para la rectoría y la toma de decisiones en materia de financiamiento y gasto. Esta presentación aborda las CNS en la perspectiva de la OMS, que da continuidad a los principios cuantitativos base introducidos por las Naciones Unidas, por la CEPAL, y en el campo de la salud, por la OCDE. Inicialmente se resumen los principios básicos de las CNS y específicamente del modelo que propone la OMS en la actualidad. Se comentan las aplicaciones potenciales de dicho modelo al estudio de la problemática de género, y se concluye con algunas sugerencias para la continuidad de esta línea de trabajo.

La contabilidad nacional

Desde los primeros ensayos del siglo XVII, las cuentas nacionales fueron señaladas como la “aritmética política”, porque se aplicaron al apoyo de decisiones estratégicas de gobierno. Todavía conservan esta vocación: Durante la segunda posguerra se institucionalizó la contabilidad nacional a partir de 1948-1952 por la OCDE y con la rectoría de la ONU, de 1952-1958, una época en que la sociedad se enfocaba en buscar respuestas para asegurar el crecimiento económico, el empleo y el control de la inflación. La contabilidad nacional buscó entonces cuantificar el PIB y ofrecer macroindicadores básicos que contribuyeron a resolver estos cuestionamientos. Es así que el modelo de 1958 fundamentalmente cuantificaba el PIB y sus componentes, público y privado.

La propuesta generada en la década siguiente, en 1968, refleja que el resultado del despliegue económico de la postguerra y la dinámica tecnológica subsecuentes, fue la diversificación productiva, con una contribución al PIB muy heterogénea. Por lo tanto, la cuantificación del valor de la producción y su distribución en los ramos resultaba crítica para la nueva etapa en la contabilidad nacional.

La complejidad y la diversificación productivas condujeron nuevamente al cambio del sistema de cuentas nacionales, cuya propuesta 25 años mas tarde, en 1993, buscó dar respuesta a la problemática del desarrollo y la eficiencia sectorial, bajo el análisis de sus valores según corresponden a inversiones o gastos corrientes. Sin embargo, la

complejidad económica de los distintos ramos hizo surgir la propuesta de profundizar, el estudio de su situación bajo enfoques específicos, a través de cuentas satélite.

Durante los años más recientes, la preocupación ha sido la desigual distribución del ingreso y de la calidad de vida. Las desigualdades se han documentado ampliamente en múltiples terrenos, tanto en sus desniveles internacionales como al interior de los países. Dicha desigualdad ha orientado una gran parte de los desarrollos en el estudio económico de los ramos. Específicamente dentro de la salud, la experiencia ha surgido bajo diversas vertientes, parte de las cuales se ha aprovechado en la propuesta que hace actualmente OMS como parte del apoyo al desarrollo de CNS en los países del mundo e incluye el estudio del financiamiento, el gasto y el uso de los recursos, no sólo a través del monto, calidad y tipo de producto con relación a los usuarios, sino incluyendo los cambios en la situación de salud. Esto es, del impacto de dichos recursos.

Las preguntas y cuestionamientos que han guiado la generación y evolución de las CNS en un primer momento fueron:

¿Quién paga?

¿Qué se compra?

¿Quién se beneficia?

En un segundo momento, las preguntas han evolucionado para ser del siguiente tipo:

¿Cuáles son los factores que explican el crecimiento del gasto?

¿Es apropiado el nivel de gasto que se realiza actualmente?

¿Porqué los niveles de gasto no se corresponden con los resultados esperados?

¿Cómo reducir el desperdicio de recursos?

¿Cuáles serían los incrementos en eficiencia logrados al modificar la composición del gasto?

El modelo de CNS que propone la OMS

Objetivos y descripción

El propósito de las CNS según el enfoque propuesto por la OMS, es analizar el flujo económico del sistema. Los recursos son cuantificados desde que ingresan hasta que se consumen totalmente como bienes y servicios distribuidos entre la población. El flujo se representa a través de un modelo que simplifica los sistemas, al dar seguimiento a cada una de las transacciones ocurridas, que son clasificadas en categorías estandarizadas y que representan etapas estratégicas para el análisis de los flujos.

Las categorías reflejan la estructura y funcionamiento del sistema y cubren los niveles de:

- fuentes de financiamiento
- agentes de financiamiento
- proveedores de bienes y servicios
- funciones de gasto: bienes y servicios
- categorías presupuestales

- beneficiarios según cuatro dimensiones: espacial-demográfico (como edad y sexo y lugar de residencia), distribución socioeconómica (como el nivel de ingreso o de pobreza), y necesidades aparentes (por intervención o motivo de la atención).

Cada una de estas categorías se corresponde con una clasificación, que fue elegida a manera de aprovechar la experiencia acumulada en su sistematización, generalmente ampliándola. Se adoptó el esquema de la OCDE, excepto en los casos donde la clasificación no existía. Debido a que este modelo busca aplicarse a la totalidad de los sistemas de salud de los Estados Miembro de la OMS, algunas de estas clasificaciones o parte de ellas, se encuentran en proceso de revisión y ajuste, como es el caso de la clasificación de las funciones de salud pública.

Al conjuntar dos -o más- dimensiones se construyen tablas o matrices, que reflejan momentos relevantes del flujo. Los ámbitos de análisis seleccionados generan información pertinente a algunos de los principales aspectos del financiamiento que preocupan en los sistemas actualmente. La información captada no es financiera exclusivamente y los indicadores primarios se complementan con información muy diversa -económica, demográfica, epidemiológica, y de sistemas de salud, entre otra- para generar los indicadores secundarios pertinentes, y poder:

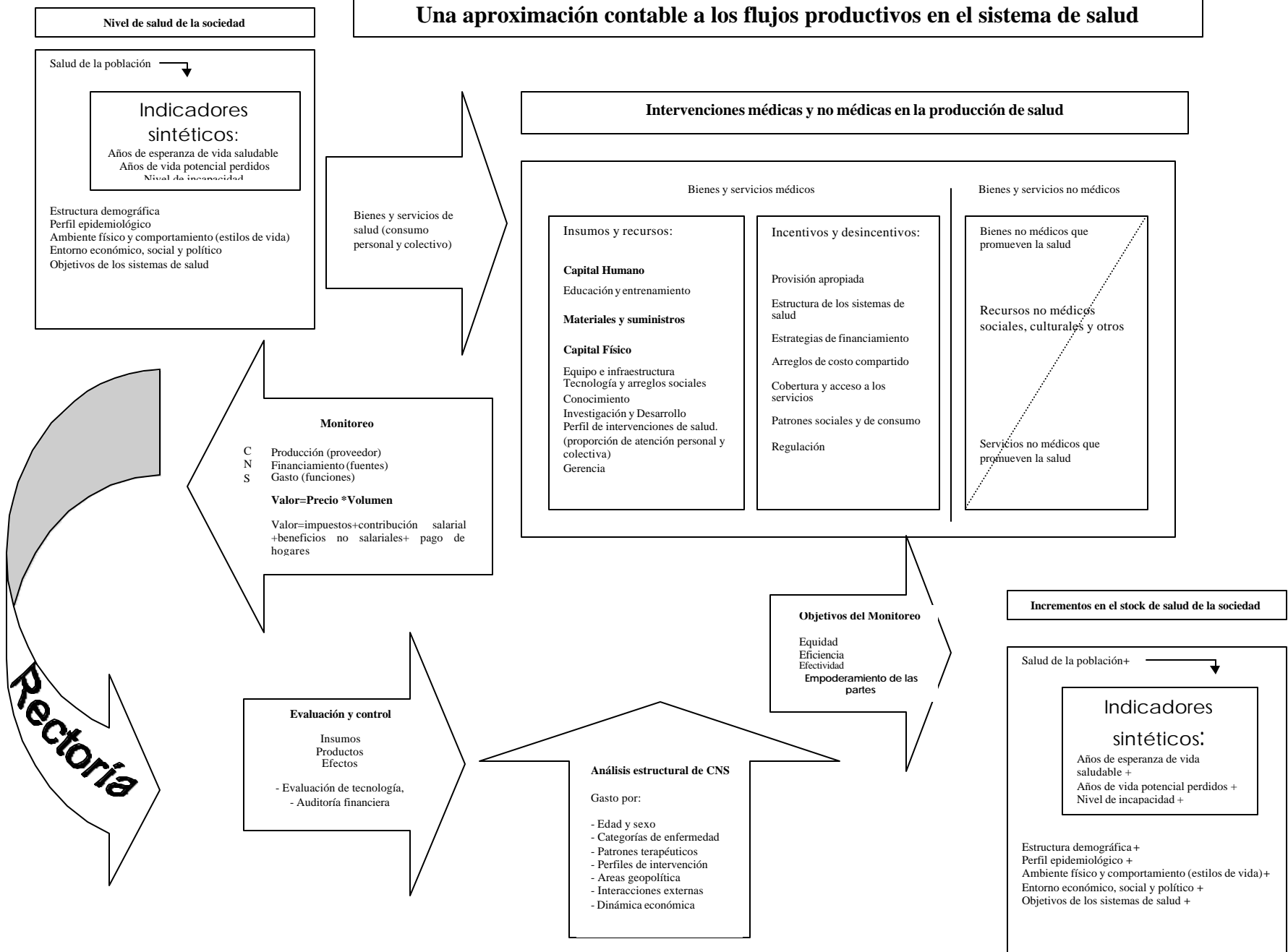
- a) identificar áreas de intervención potencial, (como son las inadecuaciones entre los insumos y los productos generados, el uso no óptimo de los recursos, el insuficiente aprovechamiento de las economías de escala potenciales de los sistemas en crecimiento y el sobre o subfinanciamiento de intervenciones o agentes)
- b) proponer soluciones alternativas a problemas de financiamiento y simular efectos potenciales para prever políticas y anticipar problemas en su implantación,
- c) dar seguimiento y evaluación a las intervenciones en proceso y proyectar los resultados en el tiempo.

Entre las políticas que más directamente se pueden beneficiar con los resultados de la estimación figuran:

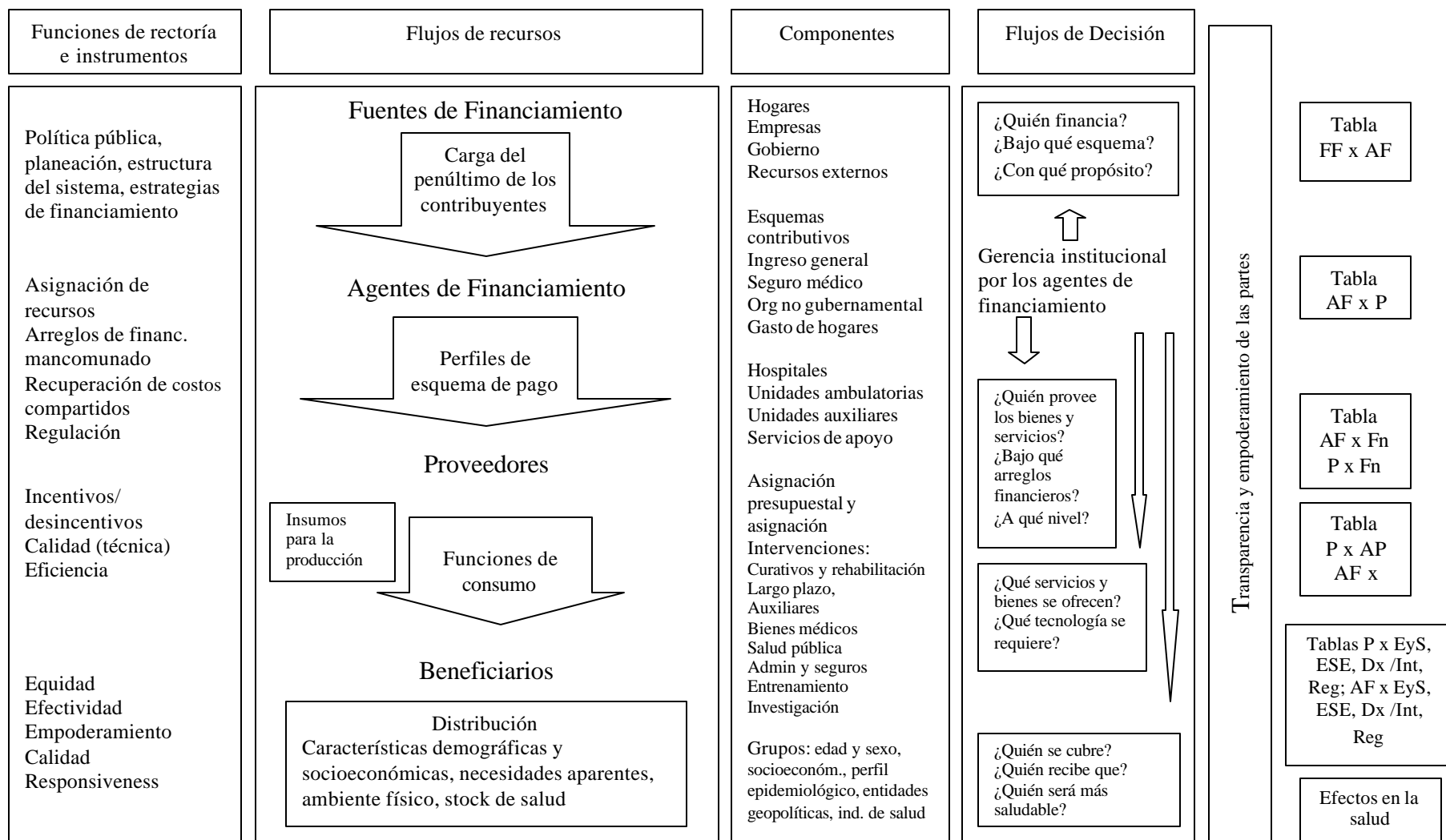
- ❑ Movilización de recursos
- ❑ Asignación de recursos
- ❑ Volumen y composición de bienes y servicios por grupos de beneficiarios
- ❑ Distribución de beneficios de acuerdo a las características de las necesidades

En resumen, las CNS analizan los recursos -totales o específicos-, y sus usos, con relación a cada uno de los objetivos del sistema: la equidad, efectividad, eficiencia, y el empoderamiento de los involucrados.

Una aproximación contable a los flujos productivos en el sistema de salud



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



Las normas de la estimación

Como todo sistema de información y registro, los atributos que se buscan cumplir en las CNS coinciden en gran medida con los de la contabilidad nacional (SNA93). Se espera que estos análisis se realicen anualmente bajo el formato matricial y que progresivamente conformen series de tiempo. Se diferencian de los estudios de financiamiento, porque estos pueden tener enfoques particulares y realizarse para periodos de tiempo diversos. Las CNS se proponen integrar información que permita continuamente:

- ❑ estar vinculadas a la política,
- ❑ ser integrales,
- ❑ oportunas
- ❑ sistemáticas
- ❑ estandarizadas
- ❑ consistentes
- ❑ exactas
- ❑ multidimensionales
- ❑ aprovechar la información disponible, apoyar la generación de nueva información
- ❑ imputar valores donde se carece de registro o de transacciones observables
- ❑ recurrentes
- ❑ flexibles

El modelo tiene el propósito de reflejar la creación, transformación, intercambio, transferencia y extinción de los valores económicos en el sistema durante un período definido de tiempo (anual). Se contabilizan las transacciones realizadas, no las planeadas, y en el momento en que ocurren los cambios de valor, no cuando se ejecutan los pagos o gastos correspondientes. Como se mencionó, cada una de las transacciones se registra, incluso aquellas no aparentes, por ejemplo los subsidios, el trabajo voluntario, etc., siempre que sean realizados con el objetivo primario de mantener, recuperar o elevar la salud directamente, y no porque tengan un efecto indirecto en ella, por muy importante que este efecto pueda ser. Esto es, se eliminan los gastos en nutrición, dotación de agua potable y otros servicios sanitarios plenamente vinculados a la situación de salud de las poblaciones. Una de las diferencias con respecto del SNA93 es que se incluyen los flujos de consumo intermedio y finales, considerándose como finales todos los consumos que se vinculan a los hogares, independientemente de que ocurran por una empresa, por el sistema de salud o en el mismo hogar.

Se busca que la nomenclatura y las clasificaciones utilizadas sean estandarizadas y estén construidas de acuerdo con los criterios que toda clasificación debe guardar. Dado que los recursos fluyen en el sistema, existe siempre el peligro de la doble contabilidad, por lo cual es importante el estudio sistemático e integral a través de las clasificaciones.

La medición se realiza en unidades monetarias nacionales, a precios de mercado, aunque se incluyen valores monetarios y no monetarios. Se busca establecer comparaciones de

los valores según monedas internacionales como el dólar y el poder adquisitivo de compra (PPP) para elevar los beneficios de la comparación de los datos.

Si bien se registran las transacciones del mercado interno, se recomienda identificar los montos de transacciones externos en los casos en que estos son importantes, como en algunas islas del Caribe. Otros ajustes factibles parten de las clasificaciones, que pueden desagregarse para cubrir los subniveles de categorías relevantes en el país. Cuando en el país interesa cuantificar recursos ajenos a la perspectiva de las clasificaciones, se propone su contabilidad separada para que pueda ser incluida opcionalmente en las comparaciones internacionales y nacionales.

La valoración de los recursos se realiza de acuerdo con el principio económico básico: **valor = precio X cantidad**. De esta manera, la calidad de los productos se expresa como la cantidad de un bien o servicio con atributos mayores o menores que otros bienes, diferenciándose su precio.

En resumen, las cuentas nacionales de salud han surgido como un resultado de la necesidad de análisis más especializados en el ramo. En su búsqueda por apoyar la toma de decisiones, han debido ajustarse a las necesidades cambiantes de los sistemas. Se busca la consistencia con la contabilidad nacional, aunque pueden diferenciarse de ellas en algunos aspectos definidos. En estos casos, se explicitan los criterios utilizados para facilitar las eventuales modificaciones o revisiones posteriores de la contabilidad en salud y sus principios.

Posible aprovechamiento en el enfoque de género

La problemática de género amerita de un esfuerzo social muy amplio para su comprensión y manejo. El modelo de CNS que propone la OMS, incluye alternativas de trabajo que pueden contribuir en esta línea en un primer nivel directamente. Asimismo, permite ajustes adicionales que enriquezcan la información a través de un esfuerzo complementario al planteado originalmente. De hecho, existe además un tercer nivel de estudio donde se puede generar información muy diversa, siempre y cuando las clasificaciones no se alteren para asegurar la comparabilidad, pero establecer mediciones exploratorias que progresivamente integren esta perspectiva en las estimaciones:

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 intervenc. selectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por nivel socioeconómico. Cruce hasta por tres categorías y grupos selectivos de población.

Los retos

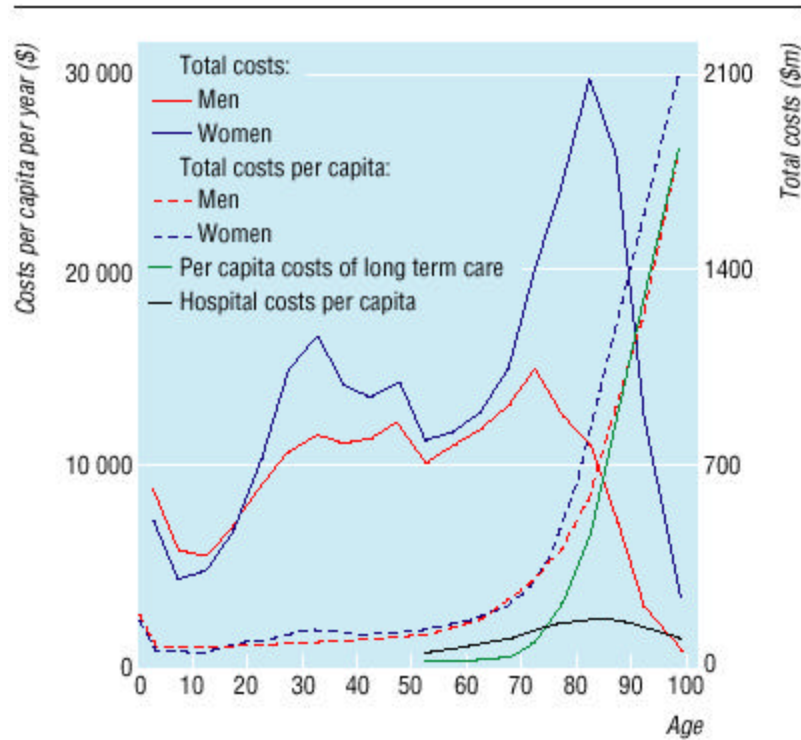
La propuesta de OMS inicialmente permitirá diferenciar los recursos aplicados a la salud de los varones y de las mujeres en los principales grupos de edad (infancia, salud reproductiva, vejez), así como de la atención con enfoque especial hacia las mujeres. Muchos de los hallazgos y anécdotas conocidas podrán corroborarse y cuantificarse a partir de esta propuesta, adoptando categorías de evidencia a nivel poblacional. Sin embargo este primer nivel de trabajo representa un reto en diversas vertientes:

a) En las CNS se busca valorar los recursos involucrados en el sistema. Ello hace que se incluya en la estimación, por ejemplo, el trabajo voluntario. No existe una diferencia conceptual importante en valorar el trabajo realizado en el cuidado doméstico de la salud. Sin embargo, para incluir el valor de dicho esfuerzo en la contabilidad se requiere un análisis para delimitar lo que corresponde al cuidado de la salud y lo que busca la sobrevivencia. Se requiere resolver también otras implicaciones, por ejemplo, que la

integración de valores externos al mercado puede generar incompatibilidades con las mediciones del PIB. Si bien es factible realizar los ajustes necesarios en los denominadores, ello amerita de un esfuerzo y especificidades adicionales que debieran estandarizarse también. Conviene aprovechar las experiencias ya existentes. Por ejemplo, en varios países Europeos, como Alemania y Francia entre otros, la seguridad social realiza un pago compensatorio al hogar que brinda cuidado a sus pacientes crónicos.

b) Establecer la distribución de los bienes y servicios por sexo parece ser relativamente sencilla en los países donde existen registros rutinarios de esta información. Sin embargo, usualmente no se llega a este nivel de detalle en todas las instituciones, en todos los servicios ofrecidos, o no es sistemática su captación. Se requiere trabajar en propuestas de registro, captación y reporte sencillos que abarquen el nivel deseado. Este es un reto básico para establecer el análisis distributivo de los beneficios.

c) El desglose por grupo de edad debe permitir el análisis del ciclo de vida dado que los recursos utilizados varían en los distintos períodos. Existe un mayor uso de recursos por la mujer en las edades tempranas, la edad reproductiva y en las edades avanzadas, asociándose también con la mayor longevidad femenina y sus patologías, pero con un uso de servicios de menor costo en algunos períodos de la vida. Por ello otro reto de operacionalizar el análisis, es disponer de estudios de costos más comparables y con el nivel de detalle requerido, lo que en la mayor parte de los países de la región hasta ahora no ha sido factible.



Total and per capita healthcare costs by age and sex for hospital and long term care in Netherlands, 1994. Long term care includes nursing homes, old people's homes, institutional care for disabled people, and appliances to assist disabled people. In 1994 \$1=£0.65

Source: Willem Jan Meerding, Luc Bonneux, Johan J Polder, Marc A Koopmanschap, Paul J van der Maas. Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study. BMJ 1998;317:111-5. www.bmj.com

d) La separación de los aportes y contribuciones por sexo puede ser trabajada en las encuestas de hogares para el caso de los gastos directos, y que se desglosen de los reportes de impuestos y de las contribuciones a la seguridad social. Esto requiere de un esfuerzo específico adicional al concebido dentro del modelo, principalmente para su implantación inicial en el sistema. Es de suponer que las estimaciones subsecuentes sean menos costosas, aunque posteriormente, debe realizarse el esfuerzo de actualización y ajuste en el caso de que ocurran cambios, que principalmente pudieran responder a modificaciones laborales, demográficas, fiscales y las propias del sistema de salud, principalmente en su cobertura y utilización por los grupos de población según edad y sexo.

e) Otro gran reto es que los promedios no bastan, ni siquiera para la separación por sexo de los gastos como un primer paso al análisis agregado. Por lo tanto, deberá buscarse la forma de realizar un análisis distributivo entre las mujeres, para cuantificar la heterogeneidad de su situación.

Para ampliar la propuesta básica de la OMS hacia las valoraciones señaladas como factibles dentro de este marco, se ameritan varias precondiciones. Resulta conveniente

avanzar simultáneamente en diferentes procesos, para asegurar un efecto en el mediano plazo. Al tiempo que se promueva la operacionalización del estudio distributivo por género en sus diversas vertientes, conviene avanzar los estudios de profundidad para ampliar la evidencia. A través de enfoques muy específicos se pueden generar indicadores que selectivamente orienten las áreas prioritarias de estudio a nivel poblacional. La información así captada podrá generar una base de datos que se nutra de y alimente a su vez a los estudios nacionales en el tema. Una selección adecuada de indicadores, que oriente los estudios poblacionales es una de las vías para generar fuentes de información pertinentes para las CNS.

Conclusiones

Para construir las CNS-género se requiere delinear una estrategia conceptual y metodológica que sea validada y consensuada antes de capacitar a los responsables de operarla. La experiencia muestra que estos son procesos muy lentos por lo que conviene aprovechar todos los canales posibles para agilizar la generación de los consensos necesarios. Pero no basta realizar la estimación. Hasta ahora, ha sido difícil propiciar un uso amplio de los resultados obtenidos en las CNS en la toma de decisiones. Para modificar esta situación conviene transformar los resultados en indicadores que los países identifiquen como válidos para valorar su situación y los cambios existentes en el tiempo y con respecto a la situación de otros países.

a) Si en cada país se requiere del esfuerzo de medio a un año de trabajo para la estimación, la ampliación bajo esta vertiente amerita de recursos adicionales. Parece ser oportuno aprovechar la dinámica existente de generación de CNS en los países, como una estrategia de abatimiento de costos y optimización del proceso. Conviene por lo tanto agilizar la generación de una propuesta.

b) Una tarea inicial es resolver los aspectos operativos que faciliten y den factibilidad a la estimación. Para ello, es indispensable la definición de fuentes de información, propuestas de clasificación y estrategias de valoración. Actualmente, la OMS está produciendo, en conjunto con el esfuerzo coordinado de varias otras instituciones y agencias internacionales, como el Banco Mundial, un Manual para producir CNS, en el cual se ha buscado presentar no solo un listado de beneficios y de utilidades potenciales de las CNS, sino que en forma sencilla se muestran los lineamientos y procedimientos para la estimación. Asimismo, existe un programa de apoyo a la capacitación internacional. En caso de que existan propuestas emergiendo de esta conferencia, los análisis en género serán recomendados en respuesta a los objetivos de equidad y como resultado de los avances de transición epidemiológica y demográfica, pero ambos procesos también podrán verse permeados del material y propuestas generadas en este evento.

c) Finalmente, para que las CNS-género resulten trascendentes, deben favorecer la aplicación de sus resultados en la comprensión y manejo de la problemática abordada. Para ello se requiere generar una corriente de interés en los países que facilite promover la operacionalización de las propuestas de política y análisis que puedan surgir. De

acuerdo al esquema presentado, el reto de la estimación de las CNS-género puede reflejarse en que se realicen con los atributos de toda CNS bajo un proceso continuo, haciendo accesible la información para el empoderamiento de las partes involucradas.

La información de las CNS hasta ahora ha mostrado un rezago relativo a la demanda de información para la toma de decisiones en los procesos de reforma en la mayor parte del mundo. La OMS se propone apoyar el desarrollo de las CNS en los países de manera que estas se ajusten a sus necesidades de toma de decisiones, por lo que debe incluir los elementos de monitoreo relevantes, para que permitan identificar problemas y soluciones en la política de salud.

La problemática de género evidencia una de las áreas de trabajo rezagadas y emergentes en la gran mayoría de los sistemas de salud en el mundo. Todas las herramientas que permitan contribuir a reducir este problema deberán coincidir en este esfuerzo. Es deseable que este taller permita no sólo despertar el interés de trabajo dentro de estas líneas, sino también, establecer elementos clave que orienten y agilicen los avances para que esta herramienta logre su objetivo.