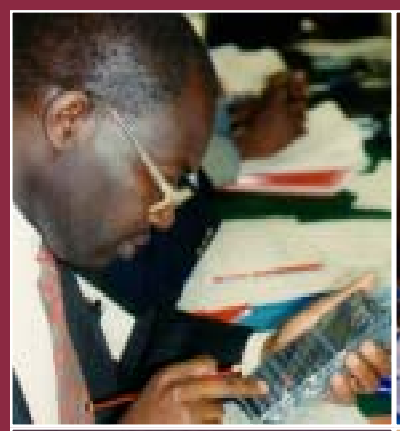


Cuentas Nacionales de Salud

Manual del Instructor

PHRplus

USAID

Cuentas Nacionales de Salud
Manual del Instructor

Esta publicación fue producida por el proyecto PHR*plus* con financiación de la Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional (USAID) bajo el Proyecto No. 936-5974.13, Contrato No. HRN-C-00-00-00019-00 y es de dominio público. Las ideas y opiniones expresadas en esta publicación pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente las de USAID o sus empleados. Las parte interesesadas pueden utilizar esta publicación en forma parcial o total, siempre y cuando se mantenga su integridad y no se interpreten erróneamente sus resultados o se presente como trabajo propio. Ésta, al igual que otras publicaciones de los proyectos HFS, PHR y PHR*plus* pueden verse, o bajarse del sitio del proyecto en la red, www.PHRplus.org.

Noviembre del 2004

Estimado futuro instructor de Cuentas Nacionales de Salud,

El proyecto Partners for Health Reform*plus* (PHR*plus)* se complace en presentarle este Manual del Instructor en Cuentas Nacionales de Salud (CNS). El propósito más inmediato de este manual es, como el nombre lo indica, formar instructores en CNS. En ese sentido, responde a la necesidad de difundir la metodología de CNS que ha sido puesta en práctica por numerosos equipos de CNS. En términos más amplios, su objetivo es contribuir a la formación de un conjunto de expertos académicos y técnicos en CNS y por esa vía promover el acceso y uso de esta metodología en todo el mundo. El manual, compuesto de charlas, presentaciones de PowerPoint, ejercicios interactivos y lecturas complementarias, fue producido por el equipo de CNS del proyecto PHR*plus,* financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Se siguió para este efecto la metodología internacionalmente aceptada de la *Guía para Producir Cuentas Nacionales de Salud,* título recientemente publicado sobre las CNS, con especial énfasis en los países de ingresos bajos y medios.

Muchos países del mundo están reformando sus sistemas de salud en aras de mejorar la eficiencia y la gestión de los servicios de salud así como la distribución equitativa de estos servicios, especialmente en los sectores más pobres de la población. Las CNS son una herramienta clave para optimizar la asignación de recursos. Han sido específicamente diseñadas para ayudar a los encargados de la elaboración de políticas en su esfuerzo por comprender sus sistemas de salud y mejorar su desempeño a través de: la detección de sus principales deficiencias; el monitoreo de las tendencias en el gasto en salud; y el uso indicadores globalmente aceptados para comparar el desempeño de su sistema de salud con respecto al de otros países.

PHR*plus* y sus colaboradores han sido pioneros en la difusión de las CNS en todo el mundo y en la labor de afinar esta metodología para adaptarla al contexto de los países en desarrollo. El proyecto ha coordinado cursos regionales y nacionales para más de 45 países de ingresos medios y bajos. PHR*plus* se ha familiarizado con las temáticas y los desafíos inherentes a la elaboración de CNS en los países en desarrollo. Valiéndose de esta experiencia y de la Guía para producir cuentas nacionales de salud, el equipo de CNS del proyecto ha incorporado sus herramientas de enseñanza en este manual.

Esperamos que este material sea de utilidad para los equipos ya existentes de CNS así como para los nuevos, y también para los investigadores académicos de todo el mundo. Ojalá los ayude a aprender y enseñar la metodología y, en última instancia, los asista en el proceso de institucionalización y réplica de las CNS en otros países.

En nombre de PHR*plus*, espero que este manual les sea provechoso en su tarea docente.

Cordialmente,

Nancy Pielmeier, DrPH
Directora de Proyecto

Agradecimientos

Este manual fue redactado y compilado por Susna De, Manjiri Bhawalkar y Marie Tien, del equipo de CNS del proyecto PHR*plus*, de USAID.

El armado del manual requirió mucho tiempo, ya que fue permanentemente evaluado en terreno, en los cursos de CNS nacionales y regionales realizados en África angloparlante, el Medio Oriente y el Norte de África y en América Latina y el Caribe. Son muchos los instructores que participaron en dichos cursos para nombrarlos individualmente, pero los autores quisieran agradecerle a cada uno de ellos por sus valiosos comentarios, de los cuales este manual se ha beneficiado en gran medida.

Los autores también desean agradecer los aportes y sugerencias de los instructores de los talleres, entre ellos, Takondwa Mwase, Hossein Salehi, Magdalena Rathe, M.Driss Zine-Eddine el-Idrissi y Steve Muchiri, que representan a diferentes organismos técnicos de las Naciones Unidas así como a organismos públicos y organizaciones privadas en los países que han apoyado la elaboración y puesta en práctica de la metodología de las CNS.

Los autores también desean agradecer al equipo del proyecto PHR*plus* que entregaron un apoyo sustancial en el diseño y la revisión del manual de capacitación: AK Nandakumar, Catherine Connor, Tania Dmytraczenko, Yann Derriennic, Kathleen Novak, Janet Edmond, y Lonna Milburn.

Este manual ha sido traducido al español, francés y ruso y ha sido probado en terreno en estos idiomas. Nuestros sinceros agradecimientos a aquellas personas que elaboraron y revisaron pacientemente las traducciones para asegurarse de que los conceptos fueran transmitidos de manera clara. Ellos son M. Driss Zine-Eddine el-Idrissi, Natalie van de Maele, Najib Oubnichou, Rafael Martinez, Lisa Phillips, Ann Vaughan, Francisco Vallejo y Roselyn Ramos, entre otros.

Finalmente, los autores están muy agradecidos con Linda Moll de PHR*plus*, que editó este manual. También quisieran agradecer a Maria Claudia De Valdenebro quien realizó una gran labor en términos de diseño y diagramación del manual y la presentación de los complejos cuadros de las CNS.

En un futuro próximo, el manual será complementado con pautas para el subanálisis de VIH/SIDA.

Esperamos que este manual sea utilizado no sólo por el proyecto PHR*plus*, sino también por los donantes y los equipos nacionales de las CNS.

Índice

Agradecimientos v

Introducción al "Manual del Instructor en Cuentas Nacionales de Salud" 1
- Necesidad de materiales para la formación en CNS 1
- Uso del manual 2
- Materiales requeridos para una capacitación en CNS 5
- Calendario del taller 6

Hoja de Información para los Participantes 7
Ejemplo de Agenda para un taller regional de CNS 9
- Ejemplos de Agendas 9
- Ejemplo de Agenda para un taller nacional sobre CNS 13

Examen preliminar de la capacitación sobre 17
- Concepto de CNS 17
- Límites y gastos 18
- Clasificaciones 19
- Cómo completar los cuadros de CNS 20

Examen final de la capacitación sobre Cuentas Nacionales de Salud 21
- Concepto de CNS 21
- Límites y gastos 22
- Clasificaciones 23
- Cómo completar los cuadros de CNS 24

Respuestas para el examen preliminar y el examen final de la capacitación sobre Cuentas Nacionales de Salud 25
- Concepto de CNS 25
- Límites y gastos 27
- Clasificaciones 28
- Cómo completar los cuadros de CNS 29

Evaluación de la capacitación sobre Cuentas Nacionales de Salud 31

Unidad 1. Marco Conceptual de las Cuentas Nacionales de Salud 1
- I. Contextualización de las CNS 2
- II. Concepto y definición de las CNS 5
- III. Objetivo de las CNS 6
- IV. Marco conceptual básico de las CNS 7
- V. Desarrollo de la metodología de CNS 9
- VI. Sistema de Cuentas de Salud: Cómo se compara con las CNS 9

Unidad 1 - Presentación de transparencias 11
Unidad 1 - Ejercicios 21

Unidad 2. Planeación del proceso de CNS 23
I. Principales etapas en la planeación del proceso de las CNS 24
II. Generar la demanda de CNS 24
III. Formar el equipo de CNS 25
IV. Encontrar una "sede" para las CNS 29
V. Organización del comité director y de sus relaciones con el equipo de las CNS 30
VI. Desarrollo del plan de trabajo 32
VII. Aplicación de esta unidad 36
Unidad 2 - Presentación de transparencias 37
Unidad 2 - Ejercicios 49

Unidad 3. Definición de gastos y límites para las CNS 53
I. Definición de términos clave: "gasto", "atención a la salud" y"gasto en atención a la salud" . 54
II. Definición de los límites 57
III. Criterios para la inclusión de un ítem como gasto en salud 60
IV. Temas relevantes al medir gastos en salud 62
V. Gastos relacionados con la salud 64
VI. Aplicación de esta Unidad 66
Unidad 3 - Presentación de transparencias 75
Unidad 3 - Ejercicios 87

Unidad 4. Entender las clasificaciones y el marco de trabajo de las CNS 97
I. La clasificación internacional para las cuentas de salud 98
II. El enfoque de la CICS respecto de las clasificaciones: flexibilidad para responder a las ..... necesidades del país 100
III. Identificar y clasificar las fuentes de financiamiento 101
IV. Identificar y clasificar los agentes financiadores 103
V. Identificar y clasificar a los proveedores 108
VI. Clasificaciones de las funciones 110
VII. Datos no clasificables 115
VIII. Aplicación de eesta unidad: trabajar con los cuadros de CNS 116
Unidad 4 - Presentación de transparencias 121
Unidad 4 - Ejercicios 153

Unidad 5. Recolección de datos 161
I. El proceso de recolección de datos 162
II. Técnicas para obtener datos exactos y relevantes 164
III. Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos 165
IV. Cómo superar las Limitaciones de los Datos 169
V. Recolección de datos primarios: Elementos clave de los cuestionarios de las encuestas 170
VI. Aplicación de esta Unidad 174
Unidad 5 - Presentación de transparencias 177
Unidad 5 - Ejercicios 193

Unidad 6. Organización de los datos para llenar los cuadros de CNS 199
I. Enfoque general para llenar los cuadros 200
II. Cómo rellenar los cuadros 201
III. Cómo resolver conflictos de datos 208
IV. Aplicación de esta unidad 209
Unidad 6 - Presentación de transparencias 211
Unidad 6 - Ejercicios 227

Unidad 7. Estudios de caso de Susmania: Aplicación de la metodología 229
I. Visión general del país 231
7a. Caso de Estudio I de Susmania – Cómo Rellenar el Cuadro FS x HF 233
FS x HF Table for Susmania 245
7b: Estudio de Caso II de Susmania – Interpretación de los Resultados de la Encuesta para rellenar el cuadro HF x HP 246
7c: Estudio de Caso III de Susmania - Completar los cuadros HF x Func y HP x Func 256
Unidad 7 - Presentación de transparencias 267
Unidad 7 - Ejercicios 301

Unidad 8. Interpretación de los resultados e implicaciones de política 339
I. Fomento del valor de las CNS en las políticas: combinación de los resultados de CNS con otros datos 340
II. ¿De qué forma las CNS proporcionan información para el proceso de elaboración de políticas?: Ejemplos 342
III. Estrategia de difusión 350
IV. Aplicación de esta Unidad: Cómo interpretar los datos para efectos de política 351
Unidad 8 - Presentación de transparencias 355
Unidad 8 - Ejercicios 367

Unidad 9. Institucionalización de las CNS 371
I. El concepto y los principales elementos de la institucionalización 372
II. Los desafíos de la institucionalización de las CNS 373
III. Responder a los desafíos: las etapas clave hacia la institucionalización 374
IV. Ejemplo: El enfoque de Kenia sobre el proceso de institucionalización 378
V. Aplicación de esta unidad 379
Unidad 9 - Presentación de transparencias 383
Unidad 9 - Ejercicios 395

Lista de Gráficas

Gráfica 8.1: Factores intrínsecos y extrínsecos que determinan los resultados en salud 340
Gráfica 8.2: How NHA Links to Health Policy Decisions 342
Gráfica 8.3: Filipinas: tendencias en el patrón de gastos de los gobiernos locales y general (en precios constantes de 1991) 348
Gráfica 8.4: Filipinas: Porcentaje de participación del gobierno en los gastos de salud 349

Lista de Cuadros

Tareas y responsabilidades del/de los líderes del equipo 26
Nivel de habilidades y conocimientos del/ de los líder(es) del equipo 26
Tareas y responsabilidades del/de los miembros, a nivel técnico, del equipo de CNS 27
Habilidades y conocimientos del/de los miembros, a nivel técnico, del equipo de CNS 27
Cuadro 2.1 Principales tareas del proceso de CNS. Componentes del plan de trabajo de las CNS para (nombre del país) 35
Cuadro 3.1 Actividades relacionadas con la atención de salud 65
Cuadro 4.1: Clasificación de las fuentes de financiamiento para las CNS 101
Cuadro 4.2: Clasificación de los agentes financiadores para las CNS 103

Cuadro 4.3: Clasificación de los proveedores para las CNS 109
Cuadro 4.4 : Clasificación de las funciones para las CNS 112
Cuadro 5.1 Fuentes de datos: Registros gubernamentales 166
Cuadro 5.2 Fuentes de datos: Otros registros públicos 167
Cuadro 5.3 Fuentes de datos: Registros de los seguros 167
Cuadro 5.4 Fuentes de datos: Registros de los proveedores 168
Cuadro 5.5 Fuentes de datos: Encuestas de los hogares 168
Cuadro 5.6 Fuentes de datos: Informes de los donantes sobre un país 169
Cuadro 6.1: La cuenta "T" 202
Cuadro 6.2: Ejemplo de un cuadro de combinación (HF x Función x Proveedor) 207
Cuadro 7.1: Gastos de los agentes financiero de Susmania – Lista Preliminar 234
Cuadro 7.2: Estimación de pagos a los proveedores para las pólizas colectivas e individuales 247
Cuadro 7.3: Totales para los agentes financiadores (tal como aparecen en el cuadro HF x HP) 256
Cuadro 7.4: Totales para los agentes financiadores (tal como aparecen en el cuadro HF x HP) 256
Cuadro 7.5: Desgloce de hospitalizados y ambulatorios Care en hospitales regionales 261
Cuadro7.6: Desgloce de los gastos del hospital general del MOD 264
Cuadro 7.7: Cuadro Proveedor x Función 265
Cuadro 7.8: Agentes financiadores x Funciones 266
Cuadro 8.1: Sudáfrica: Distribución de los proveedores de atención de salud por quintiles de ingreso 347
Cuadro 8.2: Gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto 351
Cuadro 8.3: Porcentaje de población cubierta por varios agentes financiadores 352
Cuadro 8.4: Agentes financiadores y ministerio encargado de su supervisión 352
Cuadro 8.5: Fuentes de agentes financiadores para año 1997 (en millones de Cr) 352
Cuadro 8.6: Agentes financiadores a proveedores para el año 1997 (en millones de Cr) 353
Cuadro 8.7: Gastos del MDS en servicios de salud selectos (Cr) 353
Cuadro 8.8: Indicadores de salud de Susmania 354
Cuadro 8.9: Distribución de la población activa por género 354
Cuadro 9.1. Estudio de caso: Marco de trabajo para la institucionalización en Kenia 379

I

Introducción al "Manual del Instructor en Cuentas Nacionales de Salud"

Necesidad de materiales para la formación en CNS

A medida que los sistemas de salud se tornan más grandes y complejos, resulta más patente la necesidad de que los elaboradores de políticas cuenten con herramientas como las CNS para manejar los recursos destinados a la atención de salud. Las CNS constituyen un marco conceptual y un enfoque globalmente aceptado para medir los gastos totales (públicos, privados y provenientes de donantes) en salud de un país. La elaboración de CNS proporciona información clave a los tomadores de decisiones en materia de atención de salud, en la medida que responde a importantes interrogantes, tales como ¿quiénes en el país financian los servicios de salud?, ¿cuánto gastan?, ¿en qué tipos de servicios?, ¿quién se beneficia con estos gastos en salud?

A la fecha, más de 68 países han puesto en práctica esta metodología y muchos están a punto de adoptarla. Aun cuando varios de ellos forman parte de las naciones de altos ingresos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), las CNS están cada vez siendo adoptadas por los países de bajos y medianos recursos como herramienta clave de política. La metodología de las CNS ha sido especialmente diseñada para responder a las características propias de los sectores de la salud y de los desafíos que enfrentan aquellos países en los cuales los sistemas de información financiera muchas veces se encuentran en una etapa embrionaria, los datos del sector privado no están muy disponibles y no exista una estimación previa del tamaño general del sistema de salud.

Con el objeto de facilitar la elaboración de CNS, el proyecto Partners for Health Reform*plus* (PHR*plus*), financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), confeccionó este manual dirigido a los monitores en CNS de los países de bajos y medianos recursos, con el fin de que diseñen y conduzcan programas de capacitación en CNS en sus propios países y en talleres regionales, donde concurran especialistas de varios países.

Este manual está concebido como material de apoyo para la *Guide to producing National Health Accounts with special application for low-income and*

middle-income countries [*Guía para producir Cuentas Nacionales de Salud con especial aplicación en los países de bajos y medianos recursos*] (Banco Mundial y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2003), libro de referencia que contiene los últimos desarrollos técnicos aceptados, dirigidos a personas que realizan cuentas nacionales de salud en países en desarrollo. El manual tiene por objeto responder a la necesidad mundial de pautas para la enseñanza de metodologías en CNS. Ha sido probado en cuatro eventos de capacitación regionales y nacionales y se han incorporado muchas de las sugerencias y de los aportes de los monitores y participantes en estos talleres.

Uso del manual

Usuarios/clientes

Este manual está dirigido a los instructores que imparten cursos teóricos y talleres prácticos sobre CNS. Contiene material de capacitación para los instructores y para los participantes.

Instructores

Un instructor en CNS debe idealmente contar con conocimientos formales en metodología de CNS y con la experiencia de haber realizado, por lo menos una vez, un análisis de CNS.

Participantes

Los participantes deben ser potenciales integrantes de un equipo de CNS y/o investigadores que requieran la información teórica y práctica contenida en este manual. Este manual también puede ser adaptado para proporcionar una visión global de las CNS a los encargados de la elaboración de políticas, personal del Ministerio de Salud, y otros públicos que pudieran beneficiarse de estos conocimientos, aun cuando no estén directamente encargados de la elaboración de estos análisis.

Objetivo de la capacitación

Al término de los talleres de capacitación, el instructor habrá preparado a los participantes que sean potenciales integrantes de equipos de CNS y/o investigadores para que formen parte del equipo de CNS. Los tomadores de decisiones tendrán suficientes conocimientos sobre las CNS para utilizar en la elaboración de políticas de salud los resultados que les entreguen los equipos de CNS.

Enfoque

Este manual proporciona pautas para introducir los conceptos y las metodologías de las CNS en un lenguaje de fácil entendimiento. Paralelamente, le brinda al instructor una amplia flexibilidad para modificar los materiales y adaptarlos al nivel de tecnicismo del público destinatario y para incorporar problemáticas regionales o nacionales en el programa de un curso específico. El manual sugiere un enfoque interactivo que simula escenarios de la vida real y desafíos metodológicos que faciliten la comprensión de las CNS.

El contenido de este manual tiene por objeto proporcionarle al instructor información técnica y una metodología de enseñanza. Las lecturas y los pasajes escritos introducen el material técnico; los ejercicios, las preguntas para el debate y los estudios de caso desarrollados a partir de experiencias en CNS provenientes de casos de la vida real presentan diferentes temáticas con el objeto de estimular la discusión de grupo y abordan cuestiones técnicas desde diferentes puntos de vista. Este aprendizaje interactivo y práctico refuerza la comprensión de las CNS por parte de los estudiantes al estimular la puesta en práctica de sus conocimientos y al anticipar los desafíos que enfrentarán a la hora de elaborar CNS.

Contenidos

El contenido técnico y los ejercicios están divididos en nueve unidades:

1. Presentación conceptual de las Cuentas Nacionales de Salud
2. Planeación del proceso de CNS
3. Definición de gastos y límites para las CNS
4. Clasificaciones y marco de trabajo de las CNS
5. Recopilación de datos
6. Organización de los datos para completar las tablas de CNS
7. Estudios de caso de Susmania: aplicación de la metodología
8. Interpretación de los resultados e implicancias de política
9. Institucionalización de las CNS

Junto con presentar y poner en práctica la metodología, esta tabla temática le permite al instructor ayudar a los equipos nacionales a elaborar CNS mediante el desarrollo consensuado de un plan de trabajo; al equipo de CNS y al comité director establecer un organigrama coherente de funciones; definir un conjunto de límites, clasificaciones y marcos de trabajo; y, finalmente, desarrollar un plan de recolección de datos.

Las unidades están organizadas de acuerdo al orden cronológico de un proceso de CNS. Tal como se podrá apreciar en los programas de muestra que figuran en las siguientes páginas, no es necesario enseñar las unidades en ese

orden; éstas pueden ajustarse según las necesidades y los conocimientos de los participantes en el taller. Así, por ejemplo, aun cuando las implicancias de política constituyen el tópico de la Unidad 8 porque toman en consideración los resultados del proceso de CNS, un instructor puede considerar pertinente abordar la discusión sobre este tema en una etapa más preliminar si es que los participantes desconocen este uso de los resultados obtenidos.

Organización del Manual

Se recomienda que el instructor primero revise el material técnico y las pautas de trabajo de cada unidad temática. Las pautas de trabajo sugieren la forma en que debe introducirse cada tema a los participantes. Las unidades también contienen preguntas para la discusión y ejercicios destinados a facilitar una mayor comprensión de los conceptos técnicos. El instructor puede adaptar esta malla curricular en función de su público destinatario.

Las transparencias y notas de PowerPoint que acompañan cada unidad tienen como función ayudar al instructor en su presentación de los diferentes temas. El Instructor sin embargo, puede modificar estas presentaciones para atender mejor las necesidades del auditorio.

El instructor debe entregar a cada participante del taller un Manual del Participante con ejercicios y estudios de caso destinados a reforzar los conceptos introducidos en las presentaciones y proporcionar a los participantes un anticipo del trabajo metodológico con escenarios de la vida real con los que probablemente tendrán que lidiar al efectuar CNS.

Acompaña este manual un CD-ROM con los recursos de CNS y todas las presentaciones en PowerPoint.

Las unidades 1 a 9 contienen referencias a la Guía antes mencionada. Las referencias, que remiten a páginas y secciones de dicho libro sirven para documentar la información presentada en este manual de capacitación. Adicionalmente, los instructores pueden valerse de secciones de la Guía como lectura complementaria y material didáctico.

Cómo enseñar cada unidad

El manual recomienda que el instructor inicie cada unidad con una lectura interactiva apoyándose para ello en las transparencias de PowerPoint. Posteriormente, los alumnos deben realizar ejercicios que serán finalmente revisados y debatidos con el resto de los asistentes.

Materiales requeridos para una capacitación en CNS

Manual del participante:

- Archivadores/carpetas de argollas
- Notas de apoyo en PowerPoint (dos transparencias por página)
- Copias impresas de las transparencias
- Etiquetas diseñadas para cubierta, el lomo de la pasta de argollas y CD
- Separadores con bolsillos (número de separadores requeridos = cantidad de días de capacitación – 1)
- Copia de la agenda
- Copia de la lista de participantes
- CDs

Materiales adicionales para los participantes:

- Calculadora
- Lápices
- Plumas
- Bloc de notas

Materiales generales de capacitación:

- Marcadores, rotafolios y atriles para los rotafolios, para documentar los debates y los ejercicios
- Retroproyectora para los estudios de caso
- Proyectora LCD para las presentaciones en PowerPoint
- Transparencias fotocopiadas de las tablas iniciales para los estudios de caso
- Etiquetas de identificación
- Cinta adhesiva
- Perforadora
- Corchetera
- Certificados de participación
- Autoadhesivos
- Resmas adicionales de papel
- Calendario del taller

Calendario del taller

La experiencia de talleres previos ha demostrado que la duración óptima del curso para poder abordar todas las unidades de este manual es de entre cinco y siete días. La duración exacta está sujeta al conocimiento previo de los asistentes con respecto a las CNS, sus estilos de aprendizaje y el tamaño del curso.

Se incluyen aquí dos muestras de programa: una para talleres regionales, con asistencia de personas de varios países, y otra para talleres nacionales, en los cuales la mayoría de los participantes son miembros potenciales del equipo de CNS de ese país y/o investigadores nacionales.

El instructor podrá comprobar que los materiales de muestra no se presentan en el orden en que están dispuestas en el Módulo 1, es decir, según el orden cronológico del proceso de CNS. Como muestra de la flexibilidad de la malla curricular de las CNS, han sido ordenadas en función de las necesidades, los intereses y la experiencia previa de los participantes.

Hoja de Información para los Participantes

1) ¿Cuáles son los tópicos relacionados con las CNS que más le interesa aprender? Por favor marque todas las opciones que considere necesarias.
   - ☐ Marco conceptual general de las CNS
   - ☐ Planeación de las CNS
   - ☐ Comprensión de los principales componentes
   - ☐ Fuentes de financiamiento
   - ☐ Agentes de financiamiento
   - ☐ Usos
   - ☐ Clasificación y límites de los gastos en salud
   - ☐ Análisis detallado de los cuadros/matrices/tablas básicas
   - ☐ Identificación de fuentes de información para la recolección de datos
   - ☐ Cómo identificar diferencias en las cifras y cómo resolverlas
   - ☐ Cómo completar las tablas
   - ☐ Implicaciones de política
   - ☐ Subanálisis de política (por ejemplo, VIH/SIDA, cuentas de salud regionales)
   - ☐ Institucionalización

2) ¿Qué sabe acerca de las CNS? Por favor explique brevemente su nivel de comprensión.

3) ¿Cuál es su área de especialización laboral (por ejemplo, contabilidad fiscal, financiamiento de la salud epidemiología, medicina)?

I

Ejemplos de Agendas

Ejemplo de Agenda para un taller regional de CNS

Este ejemplo cubre cinco días. Puede que este plazo deba extenderse si el instructor realiza presentaciones adicionales, por ejemplo, sobre subanálisis de CNS.

Día 1

9:00 – 9:30 am	Introducción y prueba preliminar
	Objetivos de la capacitación: Revisión del programa *(Unidad 1)*
9:30 – 10:30 am	Revisión conceptual de las CNS *(Unidad 1)* ◆ Definición ◆ Objetivos de política ◆ Esquema de cuadros
10:30 – 11:00 am	Receso para café/té
11:00 – 12:30 pm	Aplicaciones políticas de las CNS *(unidad 8)* ◆ "Impacto" de política de las CNS alrededor del mundo ◆ Cómo interpretar los resultados de las CNS ◆ Cómo diseñar las CNS para responder a necesidades de política *Ejercicios en grupo*
12:30 – 1:30 pm	Almuerzo
1:30 – 2:30 pm	Continuación de los ejercicios sobre políticas (entrega de informe y debate) *(Unidad 8)*
2:30 – 3:00 pm	Receso para café/té
3:00 – 5:00 pm	Estado de las CNS en la región y principales temas regionales de política (estas presentaciones debieran ser realizadas por los participantes)

Día 2

9:00 – 10:30 am	Conceptos de gastos (*Unidad 3*) ◆ ¿Qué constituye un "gasto"? ◆ ¿Cuáles son los límites en los gastos en salud? ◆ Criterios para determinar límites ◆ Límites espaciales ◆ Límites funcionales ◆ Límites temporales ◆ Definiciones funcionales de salud *Incluye ejercicios en grupo*
10:30 – 11:00 am	Receso para café/té
11:00 – 11:30 am	Continuación de los ejercicios sobre límites en los gastos (entrega de los informes y debate) (*Unidad 3*)
11:30 – 12:30 pm	Clasificaciones: ICHA y la flexibilidad de las CNS
12:30 – 1:30 pm	Almuerzo
1:30 – 3:00 pm	Cómo clasificar las fuentes de financiamiento y los agentes de financiamiento (*Unidad 4*) ◆ Fuentes de financiamiento ◆ Agentes de financiamiento ◆ Cómo establecer las fuentes de financiamiento en el cuadro de agentes de financiamiento *Incluye ejercicios (también se puede clasificar las entidades de atención de salud en países que estrenan CNS)*
3:00 – 3:30 pm	Receso para café/té
3:30 – 5:00 pm	Clasificaciones: Proveedores y funciones; cómo leer los cuadros (*Unidad 4*) ◆ Proveedores ◆ Funciones ◆ Cómo configurar y leer la tabla principal y las tablas adicionales de CNS *Incluye ejercicios (también se puede clasificar las entidades de atención de salud en países que estrenan CNS)*

Día 3

9:00 – 10:30 am	Continuación de los ejercicios de clasificación para los Proveedores y las Funciones (*Unidad 4*)
10:30 – 11:00 am	Receso para café/té
11:00 – 12:30 pm	Planeación del proceso de CNS (*Unidad 2*)
	Elaboración de las bases para las CNS
	Conformación del equipo
	Organización del equipo central y del comité director
	Cómo desarrollar un plan de trabajo
	Incluye ejercicios: los países deberían bosquejar un plan de trabajo tentativo y un organigrama del equipo
12:30 – 1:30 pm	Almuerzo
1:30 – 2:30 pm	Continuación de los ejercicios sobre planeación del proceso de CNS (*Unidad 8*)
3:30 – 3:30 pm	Receso para café/té
3:30 – 5:00 pm	Recolección de datos (*Unidad 5*) ◆ Fuentes (ventajas y desventajas) ◆ Fuentes primarias y secundarias ◆ Elementos que deben incluirse en algunas encuestas ◆ Cómo elaborar un plan de datos

Día 4

9:00 – 10:30 am	Cómo organizar los datos para completar las tablas de CNS (*Unidad 6*) ◆ Reglas generales para completar los cuadros ◆ Pasos para completar la tabla FS x HF ◆ Pasos para completar la tabla HF x HP ◆ Cómo resolver conflictos de datos ◆ Cómo evitar una doble contabilización
10:30 – 11:00 am	Receso para café/té
11:00 – 12:00 pm	Continuación del tema Cómo organizar los datos para completar las tablas de CNS (*Unidad 6*)
12:00 – 1:00 pm	Almuerzo
1:00 – 3:00 pm	Estableciendo el contexto de Susmania (*Unidad 7*) ◆ Estudio de caso I de Susmania: Cómo completar la tabla FS x HF (*Unidad 7*)
3:00 – 3:30 pm	Receso para café/té
3:30 – 5:00 pm	Estudio de caso II de Susmania: Cómo interpretar los datos para la tabla HF x HP (*Unidad 7*)

Día 5

9:00 – 10:30 am	Cómo completar las tablas HF x Func y HP x Func (*Unidad 7*)
10:30 – 11:00 am	Receso para café/té
11:00 – 1:00 pm	Estudio de caso III de Susmania: Cómo completar las tablas HF x Func y HP x Func (*Unidad 7*)
1:00 – 2:00 pm	Almuerzo
2:00 – 3:30 pm	Institucionalización (*Unidad 9*) ◆ Pasos necesarios para la institucionalización ◆ Cómo sistematizar los procedimientos para la recolección de datos ◆ Problemas que enfrentan los países para institucionalizar las CNS
3:30 – 4:00 pm	Examen final
4:00 – 4:30 pm	Evaluación de la capacitación
4:30 – 5:00 pm	Fin de la capacitación

I Ejemplo de Agenda para un taller nacional sobre CNS

La presente muestra de programa contempla cinco días de trabajo. Este plazo puede eventualmente ampliarse si el instructor realiza presentaciones adicionales, por ejemplo, sobre subanálisis de CNS.

Día 1

9:00 – 9:30 am	Introducción y prueba preliminar
9:30 – 10:30 am	Revisión conceptual de las CNS (*Unidad 1*) ◆ Definiciones y objetivos ◆ Esquema de cuadros
10:30 – 11:00 am	Receso para café/té
11:00 – 12:00 pm	Aplicaciones políticas de las CNS (unidad 8) ◆ "Impacto" de política de las CNS alrededor del mundo ◆ Cómo interpretar los resultados de las CNS *Incluye ejercicios en grupo*
12:00 – 1:00 pm	Almuerzo
1:00 – 2:00 pm	Continuación de los ejercicios sobre políticas (entrega de informe y debate) (*Unidad 8*)
2:00 – 2:30 pm	Receso para café/té
2:30 – 5:00 pm	Diseño de política de las CNS del país (presentaciones realizadas por los participantes) ◆ Resultados de la conferencia inicial de las partes interesadas (debería realizarse antes de la capacitación) ◆ Cómo se diseñarán las CNS del país para responder a las prioridades del país ◆ Rol del comité director: Cómo mantenerlo informado

Día 2

9:00 – 10:30 am	Conceptos de gastos (*Unidad 3*) ◆ ¿Qué constituye un "gasto"? ◆ ¿Cuáles son los límites en los gastos en salud? ◆ Criterios para determinar límites ◆ Límites espaciales ◆ Límites funcionales ◆ Límites temporales ◆ Definiciones funcionales de salud *Incluye ejercicios en grupo*
10:30 – 11:00 am	Receso para café/té
11:00 – 11:30 am	Continuación de los ejercicios sobre límites en los gastos (entrega de los informes y discusión) (*Unidad 3*)
11:30 – 12:30 pm	Clasificaciones: ICHA y la flexibilidad de las CNS
12:30 – 1:30 pm	Almuerzo
1:30 – 3:00 pm	Cómo clasificar las fuentes de financiamiento y los agentes de financiamiento (*Unidad 4*) ◆ Fuentes de financiamiento ◆ Agentes de financiamiento ◆ Cómo establecer las fuentes de financiamiento en el cuadro de agentes de financiamiento *Incluye ejercicios: Clasificar entidades en el país según las fuentes de financiamiento y los agentes de financiamiento*
3:00 – 3:30 pm	Receso para café/té
3:30 – 5:00 pm	Continuación del ejercicio en grupo de clasificación: Cómo identificar y codificar las fuentes de financiamiento del país y los agentes de financiamiento (*Unidad 4*)

Día 3

9:00 – 10:00 am	Clasificaciones: Proveedores y Funciones; cómo leer los cuadros (*Unidad 4*) ◆ Funciones ◆ Proveedores ◆ Cómo configurar y leer el cuadro principal y los cuadros adicionales de CNS *Incluye ejercicios: Cómo clasificar los proveedores y las funciones (Unidad 4)*
10:00 – 10:30 am	Receso para café/té
10:30 – 12:00 pm	Continuación de la actividad de clasificación de los proveedores y las funciones (*Unidad 4*)
12:00 – 1:00 pm	Almuerzo
1:00 – 2:30 pm	Planeación del proceso de CNS (*Unidad 2*) ◆ Formulación/establecimiento de las bases de las CNS ◆ Armado del equipo ◆ Organización del equipo central y del comité director ◆ Desarrollo del plan de trabajo *Incluye ejercicios: diseño tentativo de un plan de trabajo y de un organigrama del equipo*
2:30 – 3:30 pm	Receso para café/té
3:30 – 5:00 pm	Continuación de los ejercicios sobre planeación del proceso de CNS (*Unidad 2*)

Día 4

9:00 – 10:00 am	Recolección de datos (*Unidad 5*) ◆ Fuentes (ventajas y desventajas) (*Unidad 6*) ◆ Fuentes primarias y secundarias ◆ Elementos que deben incluirse en algunas encuestas ◆ Desarrollo de un plan de datos
10:00 – 10:30 am	Receso para café/té
10:30 – 12:30 pm	Desarrollo del plan de datos del país
12:30 – 1:30 pm	Almuerzo
1:30 – 3:00 pm	Cómo interpretar los datos para completar los cuadros FS x HF y HF x HP (*Unidad 6*) ◆ Reglas generales para completar los cuadros ◆ Pasos para completar el cuadro FS x HF ◆ Pasos para completar el cuadro FA x HP ◆ Cómo resolver conflictos de datos ◆ Cómo evitar una doble contabilización
3:00 – 3:30 pm	Receso para café/té
3:30 – 5:00 pm	Estudio de caso de Susmania: estableciendo el contexto de Susmania y cómo completar el cuadro FS x FA (*Unidad 7*)

Día 5

9:00 – 10:30 am	Estudio de caso de Susmania: Cómo interpretar los datos del cuadro HF x HP (*Unidad 7*)
10:30 – 11:00 am	Pausa café/té
11:00 – 12:30 pm	Estudio de caso de Susmania: Cómo completar los cuadros HF x Func y HP x Func (*Unidad 7*)
12:30 – 1:30 pm	Almuerzo
1:30 – 3:00 pm	Estudio de caso de Susmania: Cómo completar los cuadros FA x Func y HP x Func (*Unidad 7*)
3:00 – 3:30 pm	Pausa café/té
3:30 – 4:30 pm	Institucionalización (*Unidad 9*) ◆ Pasos necesarios para la institucionalización ◆ Cómo sistematizar los procedimientos para la recolección de datos ◆ ¿Qué está haciendo el país en pos de la institucionalización?
4:30 – 5:00 pm	Examen final
5:00 – 5:15 pm	Evaluación de la capacitación
5:15 – 5:30 pm	Fin de la capacitación

I

Examen preliminar de la capacitación sobre Cuentas Nacionales de Salud

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas. Utilice guiones o puntos.

Concepto de CNS

Pregunta 1

¿Cuál es el objeto de las CNS?

Respuesta

Pregunta 2

Por favor explique los siguientes términos: fuente de financiamiento, agente de financiamiento, proveedor y función. Indique un ejemplo de cada uno.

Respuesta

Límites y gastos

Ejercicio

Rahim, empleado del sector formal y miembro de la Comisión de Seguridad Social (CSS), sufre un grave accidente de trabajo. Este accidente obliga a su hospitalización en el Al Basheer Hospital. Durante su estadía en el hospital, Rahim recibe cierta compensación del Fondo de Compensación Laboral. Adicional a dicha compensación, también recibe apoyo económico (welfare) del Ministerio de Salud y de Servicios Sociales (MDS). Tras una prolongada hospitalización, durante la cual gran parte de los gastos son cubiertos por el MDS, los familiares de Rahim (tanto en efectivo como en especie, cuidándolo por las noches), y su ex empleado, Rahim fallece. Los miembros de la familia y la CSS pagan los gastos de su funeral.

Al momento de realizar CNS, ¿qué gastos incluirá? (No hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor justifique sus respuestas)

❖ ¿La Compensación del Fondo de Compensación Laboral?

Respuesta

❖ ¿La ayuda económica (welfare) realizada por el MDS?

Respuesta

❖ ¿Los costos de hospital?

Respuesta

❖ ¿Los gastos del funeral?

Respuesta

Clasificaciones

Pregunta 4

¿Cómo clasificaría usted las intervenciones de un curandero tradicional cuyos servicios son solicitados con el fin de mejorar la salud? (Utilice la tabla siguiente si es necesario).

Código	Descripción
HC.1	Servicios de asistencia curativa
HC.1.1	Asistencia curativa hospitalaria
HC.1.2	Asistencia curativa en hospitalización de día
HC.1.3	Asistencia curativa ambulatoria
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria
HC.2	Servicios de rehabilitación
HC.3	Servicios de atención de larga duración
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Imaginología diagnóstica
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos
HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre
HC.5.1.3	Otros productos médicos perecederos
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública
HC.7	Administración de salud y seguro de salud
HC.*n.s.k*	Gasto en atención de salud no especificados por tipo
HCR.1-5	Funciones relacionadas con la atención de salud
HCR.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud
HCR.2	Formación del personal sanitario
HCR.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud
HCR.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable
HCR.5	Salud ambiental
HCR.n.s.k	Gasto en atención de salud no especificados por tipo

Nota: HC = atención de salud, HCR = relacionado con atención de salud

Cómo completar los cuadros de CNS

Pregunta 4a

Al momento de completar los cuadros, ¿con cuál "dimensión" (FS, HF, HP o Func) debería comenzar el equipo?

Respuesta

Pregunta 4b

¿Cuál cuadro debe completarse primero?

Respuesta

Pregunta 5

Usted se encuentra trabajando sobre el cuadro FS x FA y se enfrenta al siguiente escenario:

El MDS reembolsa al gobierno regional (no a los hospitales del gobierno regional) por concepto de servicios que el gobierno coordina y proporciona a los pobres. ¿Qué entidad consideraría como "fuente de fondos" y cuál sería el "agente de financiamiento"? ¿Por qué?

Respuesta

I

Examen final de la capacitación sobre Cuentas Nacionales de Salud

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas. Utilice guiones o puntos.

Concepto de CNS

Pregunta 1

¿Cuál es el objeto de las CNS?

Respuesta

Pregunta 2

Por favor explique los siguientes términos: fuente de financiamiento, agente de financiamiento, proveedor y función. Indique un ejemplo de cada uno.

Respuesta

Límites y gastos

Ejercicio

Rahim, empleado del sector formal y miembro de la Comisión de Seguridad Social (CSS), sufre un grave accidente de trabajo. Este accidente obliga a su hospitalización en el Al Basheer Hospital. Durante su estadía en el hospital, Rahim recibe cierta compensación del Fondo de Compensación Laboral. Aparte del fondo, también recibe apoyo económico (welfare) del Ministerio de Salud y de Servicios Sociales (MDS). Tras una prolongada hospitalización, durante la cual gran parte de los gastos son cubiertos por el MDS, los familiares de Rahim (tanto en efectivo como en especie, cuidándolo por las noches), y su ex empleado, Rahim fallece. Los miembros de la familia y la CSS pagan los gastos de su funeral.

Al momento de realizar CNS, ¿qué gastos incluirá? (No hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor justifique sus respuestas)

❖ ¿La Compensación del Fondo de Compensación Laboral?

Respuesta

❖ ¿La ayuda económica (welfare) realizada por el MDS?

Respuesta

❖ ¿Los costos de hospital?

Respuesta

❖ ¿Los gastos del funeral?

Respuesta

Pregunta 4

¿Cómo clasificaría usted las intervenciones de un curandero tradicional cuyos servicios son solicitados con el fin de mejorar la salud? (Utilice la tabla siguiente si es necesario).

Código	Descripción
HC.1	Servicios de asistencia curativa
HC.1.1	Asistencia curativa hospitalaria
HC.1.2	Asistencia curativa en hospitalización de día
HC.1.3	Asistencia curativa ambulatoria
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria
HC.2	Servicios de rehabilitación
HC.3	Servicios de atención de larga duración
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Imaginología diagnóstica
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos
HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre
HC.5.1.3	Otros productos médicos perecederos
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública
HC.7	Administración de salud y seguro de salud
HC.*n.s.k*	Gasto en atención de salud no especificados por tipo
HCR.1-5	Funciones relacionadas con la atención de salud
HCR.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud
HCR.2	Formación del personal sanitario
HCR.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud
HCR.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable
HCR.5	Salud ambiental
HCR.n.s.k	Gasto en atención de salud no especificados por tipo

Nota: HC = atención de salud, HCR = relacionado con atención de salud

Cómo completar los cuadros de CNS

Pregunta 4a

Al momento de completar los cuadros, ¿con cuál "dimensión" (FS, HF, HP o Func) debería comenzar el equipo?

Respuesta

Pregunta 4b

¿Cuál cuadro debe completarse primero?

Respuesta

Pregunta 5

Usted se encuentra trabajando sobre el cuadro FS x FA y se enfrenta al siguiente escenario:

El MDS reembolsa al gobierno regional (no a los hospitales del gobierno regional) por concepto de servicios que el gobierno coordina y proporciona a los pobres. ¿Qué entidad consideraría como "fuente de fondos" y cuál sería el "agente de financiamiento"? ¿Por qué?

Respuesta

I

Respuestas para el examen preliminar y el examen final de la capacitación sobre Cuentas Nacionales de Salud

Instrucciones: Por favor conteste las siguientes preguntas. Utilice guiones o puntos.

Concepto de CNS

Pregunta 1

¿Cuál es el objeto de las CNS?

Respuesta

Uso: Metodología utilizada para determinar las características del sistema de salud de un país.

Describe el FLUJO de fondos a través del sistema de salud. Responde a las siguientes interrogantes:

- ¿Quiénes financian la atención de salud?
- ¿Cuánto gastan?
- ¿A qué están destinados los fondos de salud, por ejemplo, cuál es la distribución de los mismos entre proveedores y entre los servicios provistos?
- ¿Quién se beneficia con este esquema de gastos?

Propósito: LO MÁS IMPORTANTE. Contribuir al proceso de elaboración de políticas de salud. Facilita tomar decisiones en política de salud más informadas y permite evitar malas decisiones potenciales en esta materia. La metodología también beneficia a los donantes (en sus decisiones de asignación de fondos) y a los investigadores internacionales (para ampliar el campo del desarrollo internacional).

Pregunta 2

Por favor explique los siguientes términos: fuente de financiamiento, agente de financiamiento, proveedor y función. Indique un ejemplo de cada uno.

Respuesta

Fuentes de financiamiento: Entidades que proporcionan fondos para la salud

Respuestas: "¿De dónde viene el dinero?"

Ejemplos: MDF, hogares, donantes

Agentes de financiamiento: Tienen el poder y control respecto de cómo se usan los fondos, en otras palabras, RESPONSABILIDADES PROGRAMATICAS

Respuestas: "¿Cómo se organizan y manejan los fondos?" Antes conocidos como intermediarios financieros, reciben fondos de las fuentes y las utilizan para pagar por servicios de salud, productos (por ejemplo, productos farmacéuticos), o actividades

Ejemplos: MDS, compañías de seguro

Proveedores: Entidades que proveen o entregan atención de salud y servicios relacionados con la salud.

Respuestas: "¿Quién/dónde provee los servicios?

Ejemplos: Hospitales, clínicas, farmacias

Funciones: Actividades o servicios efectivos realizados por los proveedores

Respuestas: "¿Qué tipo de servicio, producto o actividad se produjo efectivamente?"

Ejemplos: Atención curativa, servicios de farmacia, atención ambulatoria, programas de prevención

Límites y gastos

Ejercicio

Rahim, empleado del sector formal y miembro de la Comisión de Seguridad Social (CSS), sufre un grave accidente de trabajo. Este accidente obliga a su hospitalización en el Al Basheer Hospital. Durante su estadía en el hospital, Rahim recibe cierta compensación del Fondo de Compensación Laboral. Aparte del fondo, también recibe apoyo económico (welfare) del Ministerio de Salud y de Servicios Sociales (MDS). Tras una prolongada hospitalización, durante la cual gran parte de los gastos son cubiertos por el MDS, los familiares de Rahim (tanto en efectivo como en especie, cuidándolo por las noches), y su ex empleado, Rahim fallece. Los miembros de la familia y la CSS pagan los gastos de su funeral.

Al momento de realizar CNS, ¿qué gastos incluirá? (No hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor justifique sus respuestas)

❖ ¿La Compensación del Fondo de Compensación Laboral?

Respuesta

No, porque la pérdida de salario no es un gasto de salud. La Compensación Laboral generalmente se descarta porque es difícil de determinar el porcentaje de ésta que corresponde a atención de salud. Si se conoce este porcentaje, puede ser incluida.

❖ ¿La ayuda económica (welfare) realizada por el MDS?

Respuesta

No, porque este apoyo financiero está destinado a cubrir gastos generales (por ejemplo, subsidios alimentarios), sin tomar en cuenta a quién se paga. Las CNS sólo incluyen fondos cuyo objetivo básico es la salud. Sólo deben incluirse fondos que estén directamente destinados a los servicios de salud.

❖ ¿Los costos de hospital?

Respuesta

Si

❖ ¿Los gastos del funeral?

Respuesta

Normalmente, no. Sin embargo, en los países donde el VIH/SIDA y otras epidemias se han transformado en una carga financiera, se han promulgado leyes para incluir este ítem como “gasto en salud”. Asimismo, mucho seguros de salud en estos países cubren estos gastos.

Clasificaciones

Pregunta 4

¿Cómo clasificaría usted las intervenciones de un curandero tradicional cuyos servicios son solicitados con el fin de mejorar la salud? (Utilice la tabla siguiente si es necesario).

Código	Descripción
HC.1	Servicios de asistencia curativa
HC.1.1	Asistencia curativa hospitalaria
HC.1.2	Asistencia curativa en hospitalización de día
HC.1.3	Asistencia curativa ambulatoria
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria
HC.2	Servicios de rehabilitación
HC.3	Servicios de atención de larga duración
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Imaginología diagnóstica
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos
HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre
HC.5.1.3	Otros productos médicos perecederos
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública
HC.7	Administración de salud y seguro de salud
HC.*n.s.k*	Gasto en atención de salud no especificados por tipo
HCR.1-5	Funciones relacionadas con la atención de salud
HCR.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud
HCR.2	Formación del personal sanitario
HCR.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud
HCR.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable
HCR.5	Salud ambiental
HCR.n.s.k	Gasto en atención de salud no especificados por tipo

Nota: HC = atención de salud, HCR = relacionado con atención de salud

HC.5.1.3 Otros productos médicos perecederos o HC.5.1.4 intervenciones de un curandero (este último ítem es un nuevo código recién creado)

Cómo completar los cuadros de CNS

Pregunta 4a

Al momento de completar los cuadros, ¿con cuál "dimensión" (FS, HF, HP o Func) debería comenzar el equipo?

Respuesta

HF – comenzar en el medio.

Pregunta 4b

¿Cuál cuadro debe completarse primero?

Respuesta

FS x HF

Pregunta 5

Usted se encuentra trabajando sobre el cuadro FS x FA y se enfrenta al siguiente escenario:

El MDS reembolsa al gobierno regional (no a los hospitales del gobierno regional) por concepto de servicios que el gobierno coordina y proporciona a los pobres. ¿Qué entidad consideraría como "fuente de fondos" y cuál sería el "agente de financiamiento"? ¿Por qué?

Respuesta

El MDS es la FUENTE DE FINANCIAMIENTO y el gobierno regional es el AGENTE DE FINANCIAMIENTO. Esto difiere de un eventual escenario en el cual el MDS reembolsa directamente a los proveedores del gobierno regional, en cuyo caso el MDS es el agente de financiamiento (puesto que los proveedores son solamente contratistas "de paso" de los servicios del MDS). Si el gobierno regional es quien maneja los servicios prestados a las personas sin recursos, a saber, recibe las facturas del hospital, determina el criterio de quién es pobre o no, etc., está desempeñando un papel más protagónico y por lo tanto es un agente de financiamiento.

Evaluación de la capacitación sobre Cuentas Nacionales de Salud

Por favor entregue sus comentarios o sugerencias para ayudarnos a mejorar nuestros cursos.

Temas de la sesión	¿Cuáles sesiones y ejercicios le resultaron MÁS útiles? ¿Por qué?	¿Cuáles sesiones deben ser mejoradas? ¿Cuáles son sus sugerencias?
Presentación conceptual de las Cuentas Nacionales de Salud		
Conceptos de gastos		
Usos de las CNS para la elaboración de políticas		
Clasificaciones – ICHA y la flexibilidad que aportan las CNS		
Cómo clasificar fuentes y agentes de financiamiento		
Cómo clasificar proveedores y funciones		

Temas de la sesión	¿Cuáles sesiones y ejercicios le resultaron MÁS útiles? ¿Por qué?	¿Cuáles sesiones deben ser mejoradas? ¿Cuáles son sus sugerencias?
Cómo configurar y leer los cuadros		
Planeación del proceso de CNS		
Recopilación de datos		
Interpretación de los datos para completar los cuadros FS x FA y FA x P		
Estudio de caso de Susmania I - Cómo completar el cuadro FS x FA		
Estudio de caso de Susmania II - Cómo completar el cuadro FA x P		
Estudio de caso de Susmania III - Cómo completar el cuadro FA x F y P x Func		
Institucionalización de las CNS		

1

Unidad 1

Marco conceptual de las Cuentas Nacionales de Salud

Duración

60 minutos

Objetivos de aprendizaje

Al término de esta Unidad, los participantes podrán:

- Comprender el contexto y las razones que llevaron al desarrollo de la metodología de CNS
- Comunicar el concepto básico de CNS, qué es lo que éstas pretenden medir y su rol como herramienta en el proceso de elaboración de políticas
- Reconocer las diferencias y similitudes entre las diferentes herramientas generales para medir los gastos en salud

Objetivos de aprendizaje

- ▲ Entender el contexto y las razones que llevaron al desarrollo de la metodología de CNS.
- ▲ Ser capaces de explicar el concepto básico de las CNS, qué procuran medir y su papel como herramienta para el proceso de elaboración de políticas.
- ▲ Reconocer las diferencias y similitudes entre las diferentes herramientas generales para medir los gastos en salud.

PHRplus

Nota para los instructores

Inicie esta sesión del taller con un ejercicio que le permita a los participantes presentarse entre sí y que cree un buen ambiente de aprendizaje colectivo.

Presente el contenido técnico de la sesión, valiéndose para ello de la transparencia de introducción.

Contenido

- Contextualización:
  - Visión general del financiamiento de la atención de salud
  - Importancia de una metodología *estandarizada* para poder establecer comparaciones internacionales a nivel subnacional y extraer lecciones
- Definición de CNS
- Objetivo de las CNS
- Marco básico conceptual de las CNS
- Desarrollo de la metodología en CNS
- SCN/SHA: Cómo se comparan con las CNS

Ejercicios

- Preguntas para el debate

I. Contextualización de las CNS

A. Necesidad de una mejor información sobre financiamiento de la atención de salud

Para que los participantes comprendan la necesidad de una mejor información sobre financiamiento de la atención de salud resulta útil debatir acerca de la importancia de disponer de datos financieros precisos, completos y oportunos, de modo de poder prestar una atención de salud de calidad. El instructor puede iniciar la sesión preguntándoles a los asistentes cuál es la utilidad de esta información para los encargados de la elaboración de políticas que desean optimizar la efectividad de sus respectivos sectores de salud. Durante el debate es importante que el instructor se asegure de que se aborden los siguientes tópicos:

Nota para los instructores

Comience preguntándole a los participantes por qué es importante el financiamiento de la atención de salud y luego discuta el tema, asegurándose de incluir todos los puntos señalados en el texto y mostrado la transparencia 3 de la Unidad 1.

El financiamiento de la salud es un tema crítico para los países de bajos y medianos recursos. En muchos de estos países existe una presión de la ciudadanía por obtener una mayor y mejor atención de salud, aun cuando los presupuestos nacionales en salud muchas veces no sólo no crecen sino que están sujetos a recortes. Por ende, la relación entre financiamiento y atención de salud es clara: **los recursos financieros son un medio para alcanzar un fin**, siendo este último la conservación y mejora del estado de salud de la población. La movilización de fondos, así como su distribución eficiente, son elementos clave para responder a las necesidades de atención de salud y, por ende, para el éxito de cualquier sistema de salud.

Las CNS entregan información exhaustiva sobre el estado FINANCIERO de un sistema de salud

- ¿Por qué es tan importante el estado financiero?
  - "Los recursos financieros son un medio para un fin," en este caso el objetivo del sector de salud de mantener y mejorar el nivel de salud de una población.
    Sin información relativa al financiamiento, los encargados de la elaboración de políticas en materia de atención de salud están menos informados, lo que puede llevar a decisiones políticas desacertadas.
  - La OMS recomienda encarecidamente la recopilación y el uso de datos sobre el financiamiento para robustecer las políticas del sector de salud.

Sin embargo, la destinación de recursos y su correcta distribución entre diferentes programas de salud prioritarios, determinados grupos de población y otros focos específicos requieren información financiera preliminar que permita realizar una estimación correcta de las necesidades financieras. Muchos países en desarrollo carecen de esta información. Como resultado de ello, **los encargados de la elaboración de políticas no disponen de suficientes antecedentes relativos al estado financiero de sus sistemas de salud, lo que les lleva a tomar decisiones de política basadas en evidencias** que prolongan o exacerban la falta de recursos o su mala asignación. Tal como lo señala el Informe Mundial sobre la Salud 2000 (Organización Mundial de la Salud 2000), "…**la información sobre financiamiento del sector de la salud es necesaria para fortalecer las decisiones políticas conducentes a mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud.**"

Más aún, los datos sobre financiamiento de la atención de salud de que disponen los encargados de la elaboración de políticas en los países de bajos y medianos recursos normalmente se limitan al aporte del Estado al sector de la salud. **En general, los países no han sabido medir de manera precisa otras fuentes no gubernamentales de financiamiento del sector de la salud que en la práctica son determinantes**. Por ejemplo, han ignorado en gran medida la contribución del sector privado, aun cuando ésta a veces constituye la mayor fuente de financiamiento del sistema de salud.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 3, haga preguntas y modere el debate.

Pregunta 1 para el debate

Para obtener una visión global del estado financiero de un sistema de salud, ¿qué tipo de información debe recopilarse: información sobre gastos o información presupuestaria?

Posible respuesta

Información sobre gastos. Ésta permite realizar una evaluación más exacta acerca de lo que se gasta en atención de salud por país. Aun cuando puede que los fondos estén supeditados a un presupuesto para muchas funciones, también es posible que no estén siendo gastados de esa forma. Por otro lado, la información presupuestaria sólo puede ser obtenida de grandes instituciones, generalmente estatales y no de otros contribuyentes clave al financiamiento del sistema de salud como son, por ejemplo, los hogares. Las cifras de gastos reflejan el costo financiero de las principales cargas de enfermedad o epidemias, mientras que la información presupuestaria se limita a estimar futuras necesidades. En última instancia, el proceso presupuestario puede beneficiarse mucho de saber qué porción del mismo ya se ha gastado en la prestación de servicios de salud.

B. Importancia de una metodología *estandarizada* para realizar comparaciones internacionales y extraer lecciones

El instructor debe proseguir su exposición sobre el contexto en que se mueven las CNS, señalando lo difícil que resultaba en el pasado obtener datos de los países que fueron internacionalmente comparables. La presentación debe referirse a los siguientes puntos:

Usualmente, las estimaciones realizadas por las organizaciones internacionales respecto del gasto en salud de los países han sido inconsistentes (GP: págs. 5-6, 1.22-1.25). Esto se debe en gran medida al hecho de que estos organismos se basaron principalmente en estimaciones obtenidas con diversas metodologías de recolección y presentación de datos. Esta falta de estandarización respecto de qué datos, cuándo y cómo eran recopilados, incidió negativamente en la calidad de dicha información y en una circulación irregular de dichos datos, no sólo entre los organismos,

sino también entre los países mismos. La magnitud del aporte del sector privado en materia de financiamiento de la salud y el de los hogares fue subestimado o no estaba disponible. Es muy probable que el gasto público en salud también haya sido subestimado puesto que los países sólo recopilaron información de instituciones tradicionales de la salud, como son los ministerios de salud (MDS), y no de otras entidades relevantes, como, por ejemplo, los ministerios de educación, que muchas veces financian la formación médica y los hospitales universitarios, y las unidades de seguridad social, que operan al margen del MDS en muchos países. La falta de información actualizada también constituía un problema. Los países no podían comparar sus gastos en salud con los de otros países, por lo que resultaba difícil juzgar la pertinencia de dichos gastos. Los organismos internacionales muchas veces utilizaban datos desactualizados, en algunos casos de 20 años atrás, para estimar los esquemas actuales de gastos.

Importancia de una metodología "estandarizada" para reunir información sobre gastos de salud – Ejemplos de diferentes estimaciones

Gastos en Salud como porcentaje del PIB						
	Informe Mundial de la Salud 2000 (OMS)			Informe Mundial sobre el Desarrollo 2000 (BM)		
País	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Djibouti	**2.8**	2.0	0.8	**ND**	ND	ND
Egipto	3.7	1.0	2.7	3.8	1.8	2
Irán	4.4	1.9	2.5	ND	ND	ND
Jordania	5.2	3.5	1.7	ND	ND	ND
Líbano	10.1	3.0	7.1	10	3	7
Marruecos	5.3	**2.2**	3.1	4	**1.3**	2.7
Túnez	5.4	2.3	3.1	ND	ND	ND
Yemen	**3.4**	**1.3**	2.1	**5**	**2.1**	2.9

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 3, haga preguntas y modere el debate.

Nota para los instructores

Contextualice la aparición de las CNS, señalando lo difícil que era en el pasado recopilar datos que fueran significativos y comparables.

Pregunta 2 para el debate

¿Qué tipos de problemas cree usted que genera el hecho de que los organismos internacionales utilicen información sobre salud que no esté ni actualizada ni estandarizada?

Posible respuesta

Durante el debate sobre esta pregunta, los alumnos deberían tocar los siguientes puntos:

Muchas veces los donantes utilizan estimaciones publicadas para tomar decisiones sobre cuánto dinero asignar a tal país o tal sector. Estimaciones inexactas o inconsistentes pueden llevar a decisiones erradas respecto de la asignación de fondos.

Las estimaciones hechas a partir de metodologías diferentes también distorsionan las comparaciones de gastos entre diferentes países. Los encargados de la elaboración de políticas no pueden comparar los esquemas de gastos de su país con otros, y no se pueden compartir lecciones entre diferentes países, como, por ejemplo, qué puede hacer un país para gastar menos en salud pero obteniendo mejores resultados en salud. La imposibilidad de realizar comparaciones entre países también genera efectos adversos para los investigadores internacionales empeñados en entregar asistencia técnica de calidad a los países para mejorar el desempeño de sus respectivos sistemas de salud.

II. Concepto y definición de las CNS

La presentación comienza con la definición de las CNS. Las CNS constituyen una metodología internacionalmente aceptada para determinar el gasto total en salud de un país, incluyendo los aportes públicos, privados y de los donantes. El instructor debe reiterar que las CNS recogen información para los fines antes mencionados.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 5 de la Unidad 1.

Haga preguntas y modere el debate.

También es importante explicar que las CNS son esencialmente un conjunto estándar de cuadros que organiza, tabula y presenta datos sobre el gasto en salud en un formato simple. Ha sido diseñado de tal forma que pueda ser fácilmente entendido por los encargados de la elaboración de políticas, incluidos aquellos que no son economistas.

La utilidad de las CNS se hace evidente por las interrogantes que éstas pueden contestar. (GP: págs. 3, 1.08-1.12). Estas interrogantes incluyen:

- ¿Quiénes financian la atención de salud?
- ¿Cuánto gastan estas fuentes de financiamiento?
- ¿Cuál es el destino de estos fondos de salud (a qué proveedores y por concepto de qué servicios)?
- ¿Quiénes se benefician de este esquema de distribución del gasto en salud?

Otra característica de las CNS que el instructor debe comunicar a los asistentes es que los cuadros de CNS ilustran un **flujo de los fondos para la salud** a través del sector de la salud. Esto quiere decir que las CNS mantienen un registro de cada dólar o peso gastado en salud y el camino que éste sigue desde su fuente original (por ejemplo, los hogares) a su intermediario específico (por ejemplo, una compañía de seguro de salud) a su uso final específico (por ejemplo, la farmacia). Las CNS ponen de relieve las transacciones financieras y detallan quién transfiere los fondos a quién. Por ejemplo, los hogares transfieren el 85% de sus fondos destinados a la salud directamente a los proveedores de atención terciaria privada.

Nota para los instructores

Anime el debate, mostrando las transparencias 6 y 7 de la Unidad 12.

Explique que las CNS son esencialmente un conjunto de cuadros que organizan, tabulan y presentan la información sobre gastos en salud en un formato simple.

El Concepto de CNS

- Utilizan un enfoque integral, consideran la TOTALIDAD de los gastos nacionales en salud, inclusive las contribuciones públicas y privadas como las de los donantes
- Constituyen un conjunto estándar de cuadros que organizan la información de fácil comprensión
- Son fáciles de entender para los encargados de la elaboración de políticas, inclusive aquellos sin experiencia en el ámbito económico

PHRplus

¿Qué son las Cuentas Nacionales de Salud?

- Una metodología utilizada para determinar el esquema de gasto en salud de una nación
- Describen los FLUJOS de fondos a través de un sistema de salud
  - ¿Quiénes financian la atención de salud?
  - ¿Cuánto gastan?
  - ¿Cuál es el destino de sus fondos de salud, es decir, cómo se distribuyen entre proveedores y, finalmente, entre servicios prestados?
  - ¿Quiénes se benefician de este esquema de gasto en salud?

PHRplus

III. Objetivo de las CNS

El objetivo principal de las CNS es contribuir al proceso de diseño de políticas de salud. Los usuarios finales de las CNS son los encargados de la elaboración de dichas políticas.

Objetivo de las CNS

- Objetivo central:
- Contribuir a la elaboración de políticas de salud.
  - Pueden ayudar a tomar decisiones de política de salud mejor informadas y evitar que se tomen opciones políticas potencialmente adversas.
- Fundamentar las decisiones de los donantes.
- Contribuir al desarrollo internacional.

El instructor debe enfatizar que los cuadros de CNS no son unos meros balances que los contadores y expertos financieros producen a modo de ejercicio analítico. Más bien constituyen herramientas diseñadas para mejorar la capacidad de manejo, por parte de los planificadores, del sector de la salud. La información sobre gasto en salud presentada en los cuadros puede facilitar una toma de decisiones mejor informada en política de salud y ayudar a evitar opciones de política potencialmente adversas. Así, por ejemplo, los cuadros permiten analizar la asignación de recursos y las decisiones respecto de si mantener o modificar estas asignaciones. Al combinar datos sobre el estado de la salud, las CNS permiten medir el costo-efectividad de estas asignaciones (GP: pág. 4, 1.15). Se puede así descubrir, por ejemplo, que un país asigna demasiados recursos a la atención curativa y no suficiente a la atención preventiva. Las CNS también pueden monitorear la ejecución de nuevas políticas. Por ejemplo, pueden detectar que tras la descentralización del sector de la salud, el gasto de los hogares se incrementó por encima del gasto público. (Las aplicaciones de política de las CNS se analizarán con mayor detalle en la Unidad 8).

El instructor debe destacar que, aun cuando las CNS contribuyen al proceso de elaboración de políticas de salud, **no son la única herramienta para este fin**. Al elaborar políticas, los tomadores de decisiones deben conjugar los datos provenientes de las CNS con datos no financieros, tales como las tasas de prevalencia de las enfermedades y datos sobre el uso de los diferentes proveedores.

Aun cuando las CNS han sido diseñadas principalmente para los encargados de la elaboración de políticas, **la información de CNS también beneficia a los organismos donantes** en sus decisiones relativas a la asignación de fondos y a los **investigadores y economistas internacionales** en sus esfuerzos por estudiar las tendencias del gasto y posibles mejoras en ese terreno. Adicionalmente contribuyen al proceso de rendición de cuentas ante toda la ciudadanía.

Aun cuando han existido otras herramientas de contabilidad orientadas a la salud, las CNS son particularmente útiles como herramienta de política.

Nota para los instructores

Anime el debate, mostrando la transparencia 8 de la Unidad 1.

Subraye la idea de que los cuadros de CNS son herramientas diseñadas para mejorar la capacidad de los planificadores para manejar el sector de la salud.

¿Por qué? Las CNS brindan una **estandarización internacional de la información sobre gasto en salud.** Esto les permite a los encargados de la elaboración de políticas comparar los gastos en salud de sus respectivos países con los de otras naciones, especialmente países con situaciones socioeconómicas similares. Las lecciones que entrega un país pueden ser relevantes para otro. Por ejemplo, puede que un país gaste menos en atención de salud pero obtenga mejores resultados en salud que otros. Se deben investigar las razones de este fenómeno y compartir dicha información para que otros países puedan mejorar su desempeño en este campo.

Las CNS en comparación con los "estimados posibles"

Gasto en Salud como porcentaje del PIB									
	Resultados CNS			Informe Mundial de la Salud 2000 (OMS)			Informe Mundial sobre el Desarrollo 2000 (BM)		
País	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Djibouti	**5.1**	2.9	2.2	**2.8**	2.0	0.8	ND	ND	ND
Egipto	3.7	1.6	2.1	3.7	1.0	2.7	3.8	1.8	2
Irán	5.7	1.7	4	4.4	1.9	2.5	ND	ND	ND
Jordania	**9.1**	4.6	4.5	**5.2**	3.5	1.7	**ND**	ND	ND
Líbano	**12.3**	2.4	**9.9**	**10.1**	3.0	**7.1**	10	3	**7**
Marruecos	4.5	**1.6**	2.9	5.3	**2.2**	3.1	4	**1.3**	2.7
Túnez	5.9	3	2.9	5.4	2.3	3.1	ND	ND	ND
Yemen	5	2.1	2.9	3.4	1.3	2.1	5	2.1	2.9

PHRplus

Nota para los instructores

Anime el debate, mostrando la transparencia 13 de la Unidad 1.

Modere el debate.

Finalmente, **las CNS incluyen a todos los actores implicados en el financiamiento de la atención de salud**, incluidos los sectores público y privado y los donantes. En este sentido, los encargados de la elaboración de políticas están mejor informados acerca de la totalidad del sector de la salud y no solamente de la porción relativa al sector público.

IV. Marco conceptual básico de las CNS

El instructor debe señalar en primer lugar que en su nivel más general las CNS proporcionan información para el siguiente indicador: **gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB).**

Pregunta 3 para el debate

¿Qué indicadores, aparte del gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto, producen las CNS, y en qué medida esos indicadores son relevantes para los encargados de la elaboración de políticas?

Posibles respuestas

Otros indicadores incluyen lo siguiente:

1. Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud, para determinar el rol del gobierno en la prestación de atención de salud a su población.
2. Gastos del hogar como porcentaje del gasto total en salud, para estimar la carga de gastos directos que tienen los hogares.
3. Gastos de los donantes como porcentaje del gasto total en salud, para evaluar cuántos recursos tendrá que destinar el Estado en el futuro cuando concluya el aporte del donante.

La esencia de las CNS

- El gasto en salud como un porcentaje del PIB.
- Se sugieren 9 cuadros, pero como mínimo elabore los 4 siguientes:
  - Fuentes de financiamiento → Agentes financiadores
  - Agentes financiadores → Proveedores
  - Agentes financiadores → Funciones
  - Proveedores → Funciones
- Cada cuadro estipula:
  - El monto gastado por cada agente
  - Hacia dónde se transfieren precisamente sus fondos

El instructor debe posteriormente introducir **el primero de los nueve cuadros** que deben utilizarse para generar los informes de CNS. Los cuadros muestran cuatro tipos de actores del sector de la salud o "dimensiones", que aparecerán repetidamente cuando se realicen estimaciones en CNS.

La primera tabla presenta los fondos transferidos de las Fuentes de Financiamiento a los Agentes de Financiamiento (GP: pág 60).

- **Fuentes de Financiamiento (FS, por su sigla en inglés)** Son entidades que proporcionan fondos para la salud (GP: pág. 42). Responden a la siguiente pregunta: "¿De dónde proviene el dinero?" A modo de ejemplo pueden citarse los ministerios de finanzas, los hogares y los donantes.
- **Agentes Financiadores (HF, por su sigla en inglés)** Reciben fondos de las fuentes de financiamiento y los utilizan para pagar o comprar atención de salud (GP: pág. 36, 4.03). Los agentes financiadores son importantes en la medida que tienen responsabilidades programáticas, es decir, controlan la forma en que se gastan los fondos. Esta categoría responde a la siguiente pregunta: "¿Quién maneja y organiza los fondos?". A modo de ejemplo pueden citarse los ministerios de salud y las compañías de seguro de salud.

La segunda tabla presenta fondos transferidos desde los Agentes Financiadores a los Proveedores (GP: pág. 57).

- **Proveedores (HP, por su sigla en inglés)** Son los usuarios finales de los fondos de salud, en otras palabras, son las entidades que proveen el servicio de salud (GP: pág. 38, 4.10). Responden a la pregunta: "¿Adónde es destinado el dinero?" A modo de ejemplo, pueden citarse los hospitales públicos y las clínicas privadas, los centros de salud y las farmacias, aunque también pueden mencionarse las oficinas del MDS en dodnde se lleva a cabo la función de rectoría del sistema de salud.

La tercera tabla presenta los fondos transferidos de los Agentes Financiadores a las Funciones (GP: pág. 59). Un cuarto cuadro puede presentar los fondos transferidos desde los Proveedores a las Funciones (GP: pág. 58).

- **Funciones (Func)** Se refieren a los servicios de los proveedores que son pagados con los fondos destinados a la salud (GP: pág. 23, 3.15-3.20). La información en este nivel responde a la pregunta: "¿Qué tipo

Nota para los instructores

El instructor introduce las primeras cuatro de las posibles nueve tablas que se utilizan para elaborar los informes de CNS.

de servicio se entregó efectivamente?" A modo de ejemplo, pueden citarse la atención preventiva, la atención curativa, la atención de larga duración domiciliaria, la administración de establecimientos de salud y bienes médicos, como los productos farmacéuticos.

Antes de concluir esta sección, el instructor debe revisar las cuatro dimensiones de la atención de salud. Estas definiciones se reiterarán durante las futuras presentaciones. Esto ayuda a los participantes a recordar cómo las CNS denominan a los diferentes actores del sector de la salud.

V. Desarrollo de la metodología de CNS

El instructor descubrirá que resulta más fácil presentar el desarrollo histórico de las CNS a sus alumnos una vez que éstos han sido introducidos al concepto, objetivo y a los cuadros de CNS. En breve, la historia es la siguiente:

La metodología fue desarrollada a partir de un método para estimar gastos en salud, desarrollado por la OCDE. Este nuevo método de análisis financiero fue diseñado para recopilar datos sobre gastos en salud de manera más desagregada. Esto respondía a la existencia de sistemas de salud más heterogéneos en su financiamiento y prestación de servicios, en los cuales los proveedores a veces reciben pagos de más de una fuente y en los cuales los pagos a veces son realizados a diferentes tipos de proveedores. Las CNS ofrecían un desglose más exhaustivo del gasto tanto público como privado, incluidos los gastos de los hogares. Su análisis integraba los gastos de estos diferentes sectores para posteriormente brindar una sola imagen de la economía de la salud de la nación.

La recopilación comparativa, internacionalmente consistente, de datos para las CNS comenzó a desarrollarse de manera rigurosa a mediados de la década de los 90.

VI. Sistema de Cuentas de Salud: Cómo se compara con las CNS

El Sistema de Cuentas de Salud (SHA por su sigla en inglés) se refiere al esquema de clasificación desarrollado por la OCDE para llevar un registro de los gastos en salud. El SHA es considerado como el "padre"de las CNS. Mejor dicho, **las CNS son la extensión del SHA** (GP: pág. 6, recuadro 1.1).

SCS y CNS

- SCS (Sistema de Cuentas de Salud)
  - Esquema de clasificación desarrollado por la OCDE (llamado ICHA por su sigla en inglés o CICS, Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud).
  - Cubre tres dimensiones de la atención de salud: Agentes financiadores, Proveedores, Funciones.
- CNS (extensión del SCS)
  - Se trata del "SCS para los países en vías de desarrollo"
  - Extiende las clasificaciones del SCS para los gastos en salud al contexto de los países en desarrollo con el añadido de subcategorías
  - Incluye una cuarta dimensión de la atención de salud: las Fuentes de Financiamiento

Note: All NHA classifications are linked to the SHA categories.

- El SHA mide los gastos en salud y fue originalmente concebido para los países de la OCDE o naciones cuyos sectores de la salud no sean heterogéneos en su concepción.
- El SHA cubre tres dimensiones de la atención de salud: Los Agentes Financiadores, los Proveedores y las Funciones.

Resumen

- Las CNS entregan una imagen financiera exhaustiva del sector de salud de los países.
  - Describen los FLUJOS de fondos y responden a las siguientes preguntas
    - ¿Quiénes gastan en el sector de la salud?
    - ¿Cuánto gastan?
    - ¿Qué tipo de servicios de salud compran?
- Debido a lo anterior, y gracias a su formato de fácil acceso como también a su metodología internacionalmente aceptada, las CNS pueden ayudar a los países a resolver sus principales problemas en materia de políticas de salud.
- Las CNS son el "SCS para los países en vías de desarrollo"

Las CNS son esencialmente "un SHA para los países en desarrollo". Las CNS se valen de las clasificaciones de gastos que establece el SHA, pero desagregan los gastos para ajustarse a los sistemas de salud pluralistas de los países en desarrollo. Específicamente, las CNS tienen un nivel adicional en las dimensiones de salud, denominado, "fuentes de financiamiento". Todas las clasificaciones de las CNS caben en el esquema del SHA. Esto aparece claramente en la Guía para producir CNS y será transmitido a los participantes a lo largo de este curso.

Nota para los instructores

Anime el debate, mostrando la transparencia 19 de la Unidad 1.

Modere el debate.

References

Berman, HP. 1996. *National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications.* Cambridge, MA: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health. (On NHA Resources CD)

Lazenby, H.C., K.R. Levit, D.R. Waldo, G.S. Adler, S.W. Letsch, and C.A. Cowan. 1992. "National Health Accounts: Lessons from the U.S. Experience." *Health Care Financing Review* 13(4): 89-103.

PHR*plus*. 2002. *Issues and Results: Using National Health Accounts to Make Policy Decisions.* Bethesda, MD: PHR*plus,* Abt Associates Inc.

PHR*plus*. 2002. *Informing the Policy Process: Global Experiences of NHA.* Bethesda, MD: PHR*plus,* Abt Associates Inc. (September)

Rannan-Eliya, R.P., P.A. Berman, and A. Somanathan. 1997. *Health Accounting: A Comparison of the System of National Accounts and National Health Accounts Approaches.* Special Initiative Report 4. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc. (On NHA Resources CD)

World Health Organization, World Bank, and United States Agency for International Development. 2003. *Guide to producing national health accounts with special application for low-income and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2000. *The World Health Report 2000; Health Systems: Improving Performance,* Chapters 4, 5. Geneva, Switzerland: WHO. (On NHA Resources CD)

Nota para los instructores

Anime el debate, mostrando la transparencia 20 de la Unidad 1.

Modere el debate.

Unidad 1
Presentación de transparencias

1

PHRplus

Unidad 1:
Resumen Conceptual sobre las Cuentas Nacionales de Salud

USAID

El proyecto PHR*plus* está financiado por la Agencia de los EE.UU. Para el Desarrollo Internacional e desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

Nota para los instructores

Muestre la presentación de transparencias. En cada transparencia, discuta los puntos destacados con los participantes. Mencione antecedentes, ejemplos, etc. de las notas del Expositor para ampliar el debate

2

Objetivos de aprendizaje

- ▲ Entender el contexto y las razones que llevaron al desarrollo de la metodología de CNS.
- ▲ Ser capaces de explicar el concepto básico de las CNS, qué procuran medir y su papel como herramienta para el proceso de elaboración de políticas.
- ▲ Reconocer las diferencias y similitudes entre las diferentes herramientas generales para medir los gastos en salud.

PHRplus

3

Las CNS entregan información exhaustiva sobre el estado FINANCIERO de un sistema de salud

- ¿Por qué es tan importante el estado financiero?
  - "Los recursos financieros son un medio para un fin," en este caso el objetivo del sector de salud de mantener y mejorar el nivel de salud de una población.
    Sin información relativa al financiamiento, los encargados de la elaboración de políticas en materia de atención de salud están menos informados, lo que puede llevar a decisiones políticas desacertadas.
  - La OMS recomienda encarecidamente la recopilación y el uso de datos sobre el financiamiento para robustecer las políticas del sector de salud.

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 1: Esto puede parecer evidente para los economistas de la salud y para los expertos financieros. Sin embargo, es probable que los médicos y *masters* en Salud Pública (MPH) sean menos versados en los aspectos financieros de la atención de salud. Se debe subrayar estos puntos, especialmente si los participantes son predominantemente de formación médica.

Punto 3: El Banco Mundial también utiliza las CNS para elaborar sus programas, junto con la Revisión del Gasto Público. Muchos donantes utilizan en la actualidad información financiera sobre recursos humanos para tomar decisiones sobre asignación de fondos.

4

Las CNS miden los gastos en atención de salud

- ¿Por qué los gastos? Para saber cuánto se GASTÓ realmente en atención de salud.
  - Puede que los fondos presupuestados no se gasten como corresponde y, por lo tanto, no reflejen los montos realmente destinados al sector de salud.
  - La información presupuestaria sólo se recopila con respecto a las grandes instituciones y no a otros actores clave, tales como los hogares.
  - Los datos sobre los gastos pueden reflejar el costo financiero de las cargas de las principales enfermedades y epidemias, mientras que la información presupuestaria constituye una mera estimación de futuras necesidades.
  - Finalmente, el proceso presupuestario puede verse beneficiado si se conocen los montos ya gastados en la entrega de determinados servicios.

PHRplus

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Formule la pregunta 1.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 2: Por ejemplo, la información presupuestaria normalmente no incluye a los hogares, a los curanderos, a algunos proveedores privados, etc.

Punto 4: Por ejemplo el presupuesto del MDS de Afganistán está siendo elaborado a la luz de los aportes de las CNS de otros países (con situación socioeconómica parecida).

Pregunta 1: Para tener una visión exhaustiva de la situación financiera de un sistema de salud ¿qué tipo de información debe obtenerse: información presupuestaria o de gastos? ¿Por qué?

5

Importancia de una metodología "estandarizada" para reunir información sobre gastos de salud – Ejemplos de diferentes estimaciones

Gastos en Salud como porcentaje del PIB						
	Informe Mundial de la Salud 2000 (OMS)			Informe Mundial sobre el Desarrollo 2000 (BM)		
País	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Djibouti	**2.8**	2.0	0.8	**ND**	ND	ND
Egipto	3.7	1.0	2.7	3.8	1.8	2
Irán	4.4	1.9	2.5	ND	ND	ND
Jordania	5.2	3.5	1.7	ND	ND	ND
Líbano	10.1	3.0	7.1	10	3	7
Marruecos	5.3	**2.2**	3.1	4	**1.3**	2.7
Túnez	5.4	2.3	3.1	ND	ND	ND
Yemen	**3.4**	**1.3**	2.1	**5**	**2.1**	2.9

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor puede ilustrar con ejemplos cómo es posible, de no emplearse una metodología estandarizada, obtener múltiples estimaciones contradictorias entre sí.

Pregunta 2: "¿Qué tipos de problemas cree usted que pueden surgir por el hecho de trabajar a partir de información sobre gastos en salud que no sea exacta ni esté estandarizada?" En el debate, los participantes deben referirse a los siguientes puntos:

Muchas veces los donantes utilizan estimaciones internacionales para tomar decisiones relativas a cuál país y a cuál sector asignar recursos. Las estimaciones inexactas pueden llevar a decisiones erradas respecto de la asignación de recursos.

Asimismo, las estimaciones hechas a partir de diferentes metodologías distorsionan las comparaciones de gastos entre diferentes países. Como consecuencia de ello, los encargados de la elaboración de políticas no pueden comparar los esquemas de gastos de sus países con los de otras naciones. Tampoco pueden aprovechar experiencias de éxito como, por ejemplo, el caso de países que logran mejores resultados de salud a un menor costo. Además de limitar la acción de los encargados de la elaboración de políticas, la imposibilidad de realizar comparaciones entre países tiene efectos adversos para los investigadores internacionales empeñados en brindarle una asistencia técnica efectiva a los países para que mejoren el desempeño de sus sistemas de salud.

6

El Concepto de CNS

- ▲ **Utilizan un enfoque integral, consideran la TOTALIDAD de los gastos nacionales en salud, inclusive las contribuciones públicas y privadas como las de los donantes**
- ▲ **Constituyen un conjunto estándar de cuadros que organizan la información de fácil comprensión**
- ▲ **Son fáciles de entender para los encargados de la elaboración de políticas, inclusive aquellos sin experiencia en el ámbito económico**

PHRplus

7

¿Qué son las Cuentas Nacionales de Salud?

- Una metodología utilizada para determinar el esquema de gasto en salud de una nación
- Describen los FLUJOS de fondos a través de un sistema de salud
  - ¿Quiénes financian la atención de salud?
  - ¿Cuánto gastan?
  - ¿Cuál es el destino de sus fondos de salud, es decir, cómo se distribuyen entre proveedores y, finalmente, entre servicios prestados?
  - ¿Quiénes se benefician de este esquema de gasto en salud?

PHRplus

8

Objetivo de las CNS

- Objetivo central:
- Contribuir a la elaboración de políticas de salud.
  - Pueden ayudar a tomar decisiones de política de salud mejor informadas y evitar que se tomen opciones políticas potencialmente adversas.
- Fundamentar las decisiones de los donantes.
- Contribuir al desarrollo internacional.

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

El objetivo de política de las CNS deberá ser recalcado a lo largo de todo el curso. A este nivel, el instructor debe comunicar a los participantes que la recolección de gastos en salud apunta a tener un “impacto en las políticas de salud”.

9

¿Por qué las CNS son particularmente idóneas como instrumentos de política?

1. **Incluyen a todos los agentes financiadores: públicos, paraestatales (semipúblicos) y privados**
   - **Por lo tanto, los encargados de políticas están mejor informados sobre el sector de salud completo y no sólo su componente público**

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Por ejemplo, en Tanzania, que había realizado sólo Revisiones del Gasto Público, las CNS revelaron que el gobierno no tenía todo el control que pensaba sobre el sector de la salud. La mayor parte del gasto provenía de los donantes y era canalizado directamente hacia los proveedores. El gobierno comprobó que estaba financiando solamente lo que los donantes no financiaban. Esto es lo contrario de un gobierno que lidera el sector de la salud. Parecía casi como si los donantes eran quienes determinaban la política de atención de salud del país.

Conclusión: Las CNS demuestran la importancia relativa de los diferentes actores en el sistema de salud.

10

¿Por qué las CNS son particularmente idóneas como instrumentos de política? (sigue)

2. **Ofrecen una norma internacional que permite a los encargados de políticas COMPARAR sus patrones de gastos y resultados de salud con los de otros países con niveles socioeconómicos similares.**
   - **Las lecciones extraídas de la experiencia de un país pueden resultar aplicables y relevantes en otros países.**

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

La conferencia de CNS del Medio Oriente y África del Norte celebrada en abril de 2002 revisó todos los estudios de CNS llevados a cabo en la región. Los informes sobre Irán fueron particularmente interesantes puesto que mostraban mejores resultados en salud que otros países, pero con menores gastos. Los encargados de la elaboración de políticas de Jordania, Egipto y otros países le preguntaron a los delegados iraníes cómo se explicaban estos resultados. Irán atribuyó este hecho a la existencia de un sistema de atención primaria estatal muy fuerte (el gobierno no subsidia la atención terciaria). En breve: los países aprendieron de la experiencia de otras naciones.

11

¿Por qué las CNS son particularmente idóneas como instrumentos de política? (sigue)

3. Presentan la información relativa al gasto en salud en un formato fácil de entender
   Por ende, los encargados de la elaboración de políticas entienden fácilmente sus implicancias.

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

"Los encargados de la elaboración de políticas…": recuerde que esto no incluye sólo a las personas del Ministerio de Salud, sino también del Ministerio de Economía, de Defensa, las compañías de seguro, etc.

12

Otras ventajas de las CNS

- Proveen estimaciones más precisas que sustituyen a las "estimados posibles " hechas por los donantes internacionales
  - Las CNS provienen de los países concernidos
  - Las estimaciones de las CNS incluyen a la totalidad de los agentes financiadores
  - Las CNS constituyen una metodología internacionalmente reconocida

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

"Provenientes de los países" en contraposición a "provenientes de los donantes". (Esto solían hacerlo en el pasado diferentes organismos, incluidos la OMS y el Banco Mundial. La Transparencia 5 (reproducida en las 1.5 and 1.15) muestra sus estimaciones hechas a partir de los donantes, muchas veces con datos extrapolados de los años 70).

13

Las CNS en comparación con los "estimados posibles"

Gasto en Salud como porcentaje del PIB									
	Resultados CNS			Informe Mundial de la Salud 2000 (OMS)			Informe Mundial sobre el Desarrollo 2000 (BM)		
País	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Djibouti	**5.1**	2.9	2.2	**2.8**	2.0	0.8	ND	ND	ND
Egipto	3.7	1.6	2.1	3.7	1.0	2.7	3.8	1.8	2
Irán	5.7	1.7	4	4.4	1.9	2.5	ND	ND	ND
Jordania	**9.1**	4.6	4.5	**5.2**	3.5	1.7	**ND**	ND	ND
Líbano	**12.3**	2.4	**9.9**	**10.1**	3.0	**7.1**	10	3	**7**
Marruecos	4.5	**1.6**	2.9	5.3	**2.2**	3.1	4	**1.3**	2.7
Túnez	5.9	3	2.9	5.4	2.3	3.1	ND	ND	ND
Yemen	5	2.1	2.9	3.4	1.3	2.1	5	2.1	2.9

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Surgen muchas diferencias cuando se comparan las CNS con los "estimados posibles".

Como ya se ha dicho, las CNS incluyen al sector público y privado. Es por este motivo que el gasto total de salud en Jordania como porcentaje del PIB crece significativamente de 5.2 % a 9.1% (estimaciones de la OMS). Lo mismo sucede con el Líbano.

14

La esencia de las CNS

- El gasto en salud como un porcentaje del PIB.
- Se sugieren 9 cuadros, pero como mínimo elabore los 4 siguientes:
  - Fuentes de financiamiento → Agentes financiadores
  - Agentes financiadores → Proveedores
  - Agentes financiadores → Funciones
  - Proveedores → Funciones
- Cada cuadro estipula:
  - El monto gastado por cada agente
  - Hacia dónde se transfieren precisamente sus fondos

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

En su nivel más general, las CNS estiman el gasto total en salud como porcentaje del PIB.

Aun cuando se recomienda realizar los cuatro cuadros, generalmente los países realizan sólo los dos primeros.

Cada cuadro en esencia indica el "flujo de fondos"y el "monto"efectivo de fondos.

15

Las cuatro principales dimensiones

- *Fuentes de financiamiento:* proveen los fondos de salud.
  - Responden a la pregunta "¿de dónde viene el dinero?" por ejemplo, el Ministerio de Hacienda, los hogares, los donantes.
- *Agentes financiadores:* son "intermediarios", ejercen un poder y un control sobre la forma en que se usan los fondos, vale decir, tienen responsabilidades programáticas.
  - Responden a la pregunta "¿quiénes manejan y organizan los fondos?", por ejemplo, el Ministerio de Salud, las compañías de seguros.

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Los Agentes Financiadotes son, para la mayoría de las personas, el grupo más importante y poderoso de actores en el sector de la salud.

16

Las cuatro principales dimensiones (sigue)

- *Proveedores:* son los usuarios finales de los fondos de atención de salud, las entidades que, en la práctica, proveen/entregan el servicio de salud.
  - Responden a la pregunta "¿a qué fue destinado el dinero?", por ejemplo, hospitales, clínicas, centros de salud, farmacias.
- *Funciones:* entrega efectiva de los servicios.
  - Responden a la pregunta "¿qué tipo de servicios se producen efectivamente?", por ejemplo, atención curativa, atención preventiva, bienes médicos, tales como productos farmacéuticos, administración.

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Las Funciones no se diferencian por nivel de servicios (atención primaria, secundaria, terciaria), sino, más bien, por tipo de servicio (atención preventiva, atención curativa).

17

Figura ilustrativa de las primeras dos tablas

1)	*Fuentes de financiamiento*				
Agentes Fin.	FF.1.1.1 Gob. Central (Hacienda)	FF.3. Resto del Mundo (Donantes)	FF.2.1 Fondos Empleadores	FF.2.2 Fondos Hogares	TOTALES
AF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	A	B			A + B
AF.1.1.1.2 Ministerio de Educación	C				C
AF.2.2 Compañías Aseguradoras Privadas			D	E	D + E
AF.2.3 Desembolsos de los hogares particulares				F*	F*
TOTALES					G

2)	*Agentes Financiadores*				
Proveedores	AF.1.1.1.1 Min.Salud	AF.1.1.1.2 Min.Educ	AF.2.2 Compañías Aseguradoras Privadas	AF.2.3 Hogares	TOTALES
PS.1.1.1 Hospitales Generales Públicos	W		X		
PS.1.1.2 Hospitales Generales Privados		C		F	
PS.3.4.5.1 Clínicas Públicas de Atención Ambulatoria			Y		
TOTALES	W=A+B	C	X+Y= D+E	F	G
* transferencia directa del pago					

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

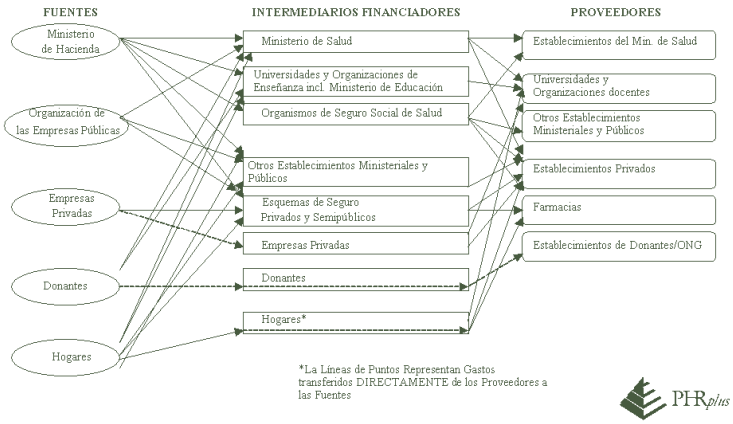
El instructor debe mencionar que en las siguientes sesiones se abordará más en detalle cómo leer cuadros individuales y entre cuadros, pero que lo que se requiere en primer lugar es una buena revisión general de la metodología de CNS. Con respecto a este transparencia, destaque que los títulos de columnas y de filas normalmente están designados mediante “códigos” (esto será discutido posteriormente); y que un cuadro se lee a partir de los títulos de columnas bajando por las filas, por ejemplo, gobierno central y MDS arrojan “monto A”.

LAS CNS registran cada $ gastado en el sistema de salud. La fila de totales del primer cuadro se mantiene como columna de totales en el segundo cuadro.

El gasto total en salud para todo el país es siempre el mismo en todos los cuadros.

18

Los cuadros muestran el FLUJO de fondos



PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor no debe ahondar en detalles al presentar este gráfico. Es simplemente un ejemplo de cómo los fondos fluyen efectivamente en un país. Las CNS básicamente organizan estos flujos en un formato de cuadro de fácil lectura.

19

SHA y CNS

- SHA (Sistema de Cuentas de Salud)
  - Esquema de clasificación desarrollado por la OCDE (utiliza ICHA por su sigla en inglés o CICS, Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud)
  - Cubre tres dimensiones de la atención de salud: Agentes financiadores, Proveedores, Funciones
- CNS (extensión del SHA)
  - Se trata del "SHA para los países en vías de desarrollo"
  - Extiende las clasificaciones del SHA para los gastos en salud al contexto de los países en desarrollo con el añadido de subcategorías
  - Incluye una cuarta dimensión de la atención de salud: las Fuentes de Financiamiento

Nota: Todas las clasificaciones de las CNS están vinculadas a las categorías del SHA

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Mensaje clave para esta transparencia: las CNS no son diferentes del SHA. Son un producto de éste y, de hecho, pueden ser formateadas o traducidas al enfoque del SHA.

20

Resumen

- Las CNS entregan una imagen financiera exhaustiva del sector de salud de los países.
  - Describen los FLUJOS de fondos y responden a las siguientes preguntas
    - ¿Quiénes gastan en el sector de la salud?
    - ¿Cuánto gastan?
    - ¿Qué tipo de servicios de salud compran?
- Debido a lo anterior, y gracias a su formato de fácil acceso como también a su metodología internacionalmente aceptada, las CNS pueden ayudar a los países a resolver sus principales problemas en materia de políticas de salud.
- Las CNS son el "SCS para los países en vías de desarrollo"

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

La palabra “ayudar”está en itálica porque las CNS no son la única fuente de información que contribuye a la formulación de políticas.

Unidad 1 - Ejercicios

Preguntas para debatir

Pregunta 1

Para obtener una visión global del estado financiero de un sistema de salud, ¿qué tipo de información debe recopilarse: información sobre gastos o información presupuestaria?

Respuesta

Pregunta 2

¿Qué tipos de problemas cree usted que genera el hecho de que los organismos internacionales utilicen información sobre salud que no esté ni actualizada ni estandarizada?

Respuesta

Pregunta 3

¿Qué indicadores, aparte del gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto, producen las CNS, y en qué medida esos indicadores son relevantes para los encargados de la elaboración de políticas?

Respuesta

2

Unidad 2
Planeación del proceso de las CNS

Nota para los instructores

El contenido de la presente unidad temática deberá ajustarse cuidadosamente a las necesidades de los participantes. En el marco de una capacitación a escala nacional, en caso de que el plan de trabajo y el equipo de las CNS hayan sido definidos previamente, se podría prescindir de la revisión detallada del proceso de planeación. Por otra parte, puede que los participantes no se sientan cómodos con la idea de diseñar el plan de trabajo en ausencia de quienes toman las decisiones y de los líderes del equipo de las CNS. Es de suma importancia que, antes de pasar a esta Unidad, el instructor evalúe la preparación de los participantes en términos de planeación así como su interés y capacidad con respecto a la toma de decisiones.

El proceso de planeación de las CNS sugerido a continuación se basa en dos supuestos:

1) el gobierno pretende utilizar los datos de las CNS esencialmente para propósitos relacionados con la política de atención de salud, y

2) el gobierno espera "institucionalizar" las CNS, esto es, conducir regularmente estudios de las CNS, como son las estadísticas anuales sobre la salud (el tema de la institucionalización se analizará en detalle en la unidad 9).

Duración

180 minutos

Objetivos de aprendizaje

Al término de esta Unidad, los participantes estarán familiarizados con:

- las habilidades y tareas de cada miembro del equipo y del comité director de las CNS
- el principio del proceso de CNS.

Objetivos de aprendizaje

- ▲ Familiarizarse, de principio a fin, con las tareas y los pasos sugeridos en la elaboración de CNS
- ▲ Tener presente las habilidades y tareas de cada miembro del equipo de CNS y del comité director de las CNS

PHRplus

Contenido

- Generar la demanda de CNS
- Formar el equipo de CNS
- Encontrar una "sede" para las CNS
- Organizar el comité director
- Desarrollar el plan de trabajo

Ejercicios

- Preguntas y elaboración del plan de trabajo

I. Principales etapas en la planeación del proceso de las CNS

La experiencia acumulada en distintas partes del mundo muestra que la planeación de las CNS en un país dado pasa por **cinco etapas clave**:

- Generar la demanda de CNS
- Formar el equipo de CNS
- Encontrar una "sede" para las CNS
- Organizar un comité director y las relaciones del mismo con el equipo de CNS
- Desarrollar el plan de trabajo

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 3 de la Unidad 2.

El instructor deberá enfatizar que, aún cuando los planificadores de las CNS tienen que incluir todas esas etapas en el proceso de planeación, los puntos de partida desde los cuales se desarrolle en detalle un plan de trabajo sobre CNS cambiarán según cada país. Por ejemplo, si bien todos los países deben generar una demanda de CNS, encargar la realización de las mismas a ciertas entidades, emplear individuos con habilidades apropiadas para conducirlas y desarrollar un plan para guiar el trabajo, cada uno tendrá su propio enfoque respecto de las tareas correspondientes, según factores tales como el presupuesto, el contexto político y, en última instancia, según su "propia manera de hacer las cosas". Así, algunos países han preferido subcontratar el proceso de CNS a universidades locales; aun cuando esta decisión ha permitido disponer de cuentas de salud muy fiables, minimiza el control gubernamental sobre el proceso y podría comprometer a futuro el éxito de los esfuerzos de institucionalización. El instructor deberá ser flexible y abierto ante los distintos enfoques que puedan ser adoptados por los participantes. Es importante mencionar también que las etapas pueden darse de manera simultánea.

Planificación del proceso de CNS

- Generar la demanda de CNS
- Formar el equipo de CNS
- Encontrar una "sede" para las CNS
- Organizar el comité director y las relaciones del mismo con el equipo de CNS
- Desarrollar el plan de trabajo

PHRplus

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 4 de la Unidad 2 y discuta el punto

II. Generar la demanda de las CNS

Para iniciar este proceso, se debe explicar y suscitar la demanda de CNS en la esfera gubernamental y entre las partes interesadas del sector de salud. Existen numerosas formas de hacerlo: 1) identificar a los **"promotores de las CNS"** dentro del gobierno, 2) sensibilizar a los encargados de elaboración de políticas a las CNS mediante conferencias, talleres y reuniones y 3) vincular los datos de las CNS a los problemas y debates nacionales.

Un promotor de las CNS es **el actor clave para "vender" las CNS** y su utilidad. Dicha persona deberá tener buenos vínculos con los tomadores de decisiones como también un buen conocimiento de la estructura y las políticas del sector de salud en su conjunto, ya sea público o privado. Los esfuerzos desplegados para fomentar las CNS, inclusive su uso en la política y el llevar a cabo repetidas rondas de las CNS, no darán frutos sin la presencia de un "promotor" de alto rango en el gobierno. Esrte promotor puede ser inclusive el principal usuario de los resultados de las CNS.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 4 de la Unidad 2 y discuta el punto

III. Formar el equipo de las CNS

El equipo de CNS se encarga de generar los cuadros de las CNS y de difundir los resultados obtenidos. El tamaño del equipo dependerá del presupuesto asignado a las CNS y del personal disponible. El número de personas asignadas al equipo de CNS varía de un país a otro. La mayoría de los países empezaron con equipos de cuatro o cinco personas aunque, generalmente, gran parte del trabajo descansa en uno o dos individuos (GP: pág. 13, 2.08-2.10). El instructor deberá enfatizar que, independientemente de su tamaño, se le pedirá al equipo que lleve a cabo tareas específicas que exigen ciertos tipos de habilidades. Dichas **habilidades y tareas pueden dividirse en dos categorías: las del "líder del equipo" y las de "nivel técnico".**

Generar la demanda de CNS

- Identificar al "promotor de las CNS" en el gobierno
- Identificar problemas o interrogantes sobre política de salud que las CNS podrían ayudar a aclarar

PHRplus

Las tareas del líder del equipo incluyen la promoción del proceso de CNS y la dirección del resto del equipo; se deben encargar a uno o varios funcionarios públicos experimentados y respetados, de nivel medio alto. Las tareas técnicas son aquellas que consisten en recopilar, tabular y analizar los datos; exigen habilidades típicas de los funcionarios públicos de nivel medio. Los instructores deberán repasar las listas de tareas y habilidades en detalle dado que una buena comprensión de las mismas por parte de los participantes al taller les permitirá elaborar un plan de trabajo viable para su propio país.

Tareas y responsabilidades del/de los líderes del equipo

1. Dirigir el equipo
   - ☐ Supervisar todo el equipo técnico
   - ☐ Dar seguimiento a la realización de todas las tareas directivas (directamente o por delegación)
   - ☐ Mantener el ritmo de trabajo
2. Manejar las relaciones con las partes interesadas
   - ☐ Dirigir las reuniones con el comité directivo
   - ☐ Liderar, defender y promover el esfuerzo y el proceso de las CNS
   - ☐ Vincular las CNS con los temas políticos de mayor relevancia
   - ☐ Coordinar y garantizar la contribución de todas las partes interesadas
   - ☐ Asegurarse de que todos estén cumpliendo con las tareas delegadas
   - ☐ Definir el marco de trabajo, el diseño de las políticas, las clasificaciones, los límites de las CNS, en colaboración con las partes interesadas en el sector salud
3. Dirigir el esfuerzo de recopilación de datos
   - ☐ Revisar los formularios de recopilación de datos
   - ☐ Agilizar la entrega de datos por las partes interesadas, manteniendo su interés por la activiadad
   - ☐ Ayudar al personal técnico a conseguir permiso/aprobación para tener acceso a los datos de las organizaciones relevantes
4. Supervisar el análisis de datos y la interpretación de los resultados
   - ☐ Estar atento a las diferencias y los conflictos entre datos y encabezar el equipo en la resolución de los mismos.
   - ☐ Verificar la exactitud de los cuadros una vez completados
   - ☐ Obtener el análisis de la "imagen macro" solicitando al equipo de las CNS la combinación de los datos de las CNS con otros datos específicos (por ejemplo, datos sobre utilización, epidemioogía, estadísticas de salud, macroeconómicos y comparaciones entre países)
   - ☐ Identificar los temas políticosa sistémicos a la luz del análisis de datos (puede hacerse en consulta con las partes interesadas)
5. Participar en la creación de los documentos de las CNS (informes, reportes sobre políticas, informaciones de prensa, presentaciones, etc.)
   - ☐ Ayuda a diseñar documentos apropiados par los distintos públicos
   - ☐ Contribuir a la redacción de los documentos
   - ☐ Administrar la redacción, revisión y producción de los documentos
6. Difusión de los resultados
   - ☐ planear, organizar y presentar:
     - ♦ Reuniones periódicas con las partes interesadas (las cuales deben ser informadas por el o los directivos sobre el progreso de la implementaciónde las CNS a lo largo del proceso)
     - ♦ Ruedas de prensa
     - ♦ Eventos académicos

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 6, 7 y 8 de la Unidad 2 y modere el debate.

Nivel de habilidades y conocimientos del/ de los líder(es) del equipo

- ☐ Amplia comprensión del sistema de salud
- ☐ Profunda comprensión de las CNS y de su uso potencial en el país
- ☐ Buenos contactos en todo el sistema de salud
- ☐ Excelentes habilidades de administración y coordinación
- ☐ Conocimiento del sistema de salud nacional (problemas y políticas)
- ☐ Experiencia en el ámbito financiero
- ☐ habilidades analíticas
- ☐ Cabal entendimientos del público objetivo
- ☐ Excelente capacidad de redacción
- ☐ Excelente capacidad de presentación
- ☐ Capacidad de facilitación

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 9 de la Unidad 2

Modere el debate.

Tareas y responsabilidades del/de los miembros, a nivel técnico, del equipo de CNS

1. Dar asistencia en la documentación de
   - ☐ Los intereses políticos de las partes interesadas con respecto a las CNS
   - ☐ La actualización del proceso de las CNS
   - ☐ las definiciones de los gastos y límites
   - ☐ Las clasificaciones de las CNS específicas al país

2. Recopilar los datos
   - ☐ Datos primarios
     - ◆ Diseño y actualización de los instrumentos de recopilación de la información
     - ◆ mantener contacto con las organizaciones para explicar cuáles son los datos que se necesitan, revisar los instrumentos
     - ◆ Dar un seguimiento a los contactos con el fin de obtener datos completos
     - ◆ Incorporar los datos en las hojas de cálculo
     - ◆ Documentar cuidadosamente todas las fuentes, referencias y cálculos
   - ☐ Datos secundarios
     - ◆ Identificar y salvaguardar las copias de las fuentes de datos secundarios (Se requerirá el apoyo del líder del equipo que posee un conocimiento detallado del sistema y de las actividades de salud)
     - ◆ Revisar y recopilar datos relevantes
     - ◆ Entrar los datos en las hojas de cálculo
     - ◆ Documentar cuidadosamente todas las fuentes, referencias y cálculos y, en especial, registrar las fuentes múltiples de datos idénticos
3. Tabular los datos y elaborar los cuadros
   - ☐ Completar los cuadros de CNS rastreando cuidadosamente las fuentes originales y los cálculos correspondientes a cada entrada
   - ☐ Identificar los errores, los datos faltantes y conflictivos
   - ☐ Revisar las fuentes de datos primarios y secundarios de modo que se puedan resolver errores y problemas debidos a datos faltantes y conflictivos
   - ☐ Seguir actualizando la documentación de todas las fuentes, referencias y cálculos
4. Analizar los datos
   - ☐ Identificar y resolver las brechas y conflictos entre datos
   - ☐ Combinar los datos de CNS con datos no financieros
   - ☐ Preparar gráficos y cuadros
5. Escribir la metodología y los resultados (ver página 2.34)

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 10, 11 y 12 de la Unidad 2.
Modere el debate.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 13 de la Unidad 2
Modere el debate.

Habilidades y conocimientos del/de los miembros, a nivel técnico, del equipo de CNS

- ☐ Conocimientos en contabilidad pública
- ☐ Experiencia en procesamiento de texto y hojas de cálculo (Excel y MSWord)
- ☐ Buenas capacidades de organización
- ☐ Familiaridad con las fuentes de datos relacionados con la salud
- ☐ Habilidades para la investigación
- ☐ Habilidades analíticas
- ☐ Capacitación en metodología de CNS, comprensión de los cuadros y clasificaciones de CNS
- ☐ Experiencia en el desarrollo y la realización de encuestas
- ☐ Habilidades interpersonales

Pregunta 1 para el debate

¿Quién es el promotor de las CNS en su país?

Respuesta posible

No existe una respuesta "correcta".

Pregunta 2 para el debate

¿Cuáles son los temas, debates e interrogantes de mayor importancia sobre el sector de salud de su país? ¿En qué medida y de qué forma los resultados de las CNS pueden contribuir a resolver estos temas?

Respuesta posible

No existe una respuesta "correcta".

Nota para los instructores

El instructor puede orientar una discusión de reflexión intensiva para identificar tantos temas como sea posible sin entrar en un debate. La lista de los temas podrá ser útil al líder del equipo cuando llegue el momento de interpretar los resultados de las CNS y buscar aplicaciones políticas.

Pregunta 3 para el debate

¿Quiénes son el "líder del equipo" y los miembros de "nivel técnico" del equipo de CNS de su país?

Respuesta posible

Estas preguntas ayudan los participantes a visualizar los distintos papeles y deberes de cada miembro del equipo. Son especialmente útiles en las capacitaciones a nivel regional, especialmente para aquellos países que están recién empezando a planificar su proceso de CNS. Son menos pertinentes en el caso de las capacitaciones realizadas en países pequeños, donde el equipo y el instructor saben quién actúa en cada nivel. Si un país decidió iniciar también un subanálisis de las CNS, por ejemplo sobre el VIH, o un análisis subnacional, por ejemplo, sobre una provincia, incluya a las personas que trabajan en los equipos correspondientes.

Elaborar un organigrama podría resultar útil para ilustrar los papeles y las responsabilidades de los miembros del equipo de CNS. Para más detalles sobre el organigrama, véase más adelante la Subsección V, "Organización del comité director", así como la presentación de transparencias.

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 14 y 15 de la Unidad 2 y modere el debate.

IV. Encontrar una "sede" para las CNS

La designación del lugar físico que acogerá el equipo de CNS reviste gran importancia pues con esta decisión se determina qué entidad pública dirigirá el proceso de CNS y utilizará los resultados obtenidos. pág. 12, 2.05). El instructor debería enfatizar que, para decidir donde se llevará a cabo las CNS, el equipo nacional **tendrá que considerar cómo se usarán los datos en el ministerio o el organismo contemplados para ello, y en qué medida esos datos contribuirán de manera significativa a la política de salud desde dicho lugar**. El "hogar" de las CNS es importante para contribuir al proceso de institucionalización de las mismas ya que asegura su viabilidad a través del tiempo. Muchos países eligen al MdS como lugar de realización de las CNS. Dado que el MdS suele tener autoridad sobre el sector de salud, es más probable que haga uso de los datos de las CNS que otros organismos. Algunos (pocos) países han decidido llevarlas a cabo en el ministerio de Hacienda o en la oficina central de estadísticas. Por ejemplo, Irán encargó la elaboración de las CNS a su Oficina de estadísticas, considerando que se trata de una institución "apolítica", lo que aumentaría la probabilidad de que los resultados fueran vistos como imparciales y objetivos.

En última instancia, esta decisión incumbe a cada país y el lugar de funcionamiento de las CNS debería ser aquel desde donde los gobiernos estiman que se podrá maximizar su aporte a la política de salud.

Encontrar una "Sede" para las CNS

- Determinar un centro de operaciones para las CNS (en colaboración con el promotor de las mismas)
- Puede que sea necesario "vender" las CNS a otros miembros del ministerio
  - *Al respecto, tenga presente que, desde un principio, se debe enfatizar el "objetivo político" y la meta de "institucionalización"*
- Sede institucional para la producción y la publicación de las CNS

PHRplus

Encontrar una "Sede" para las CNS

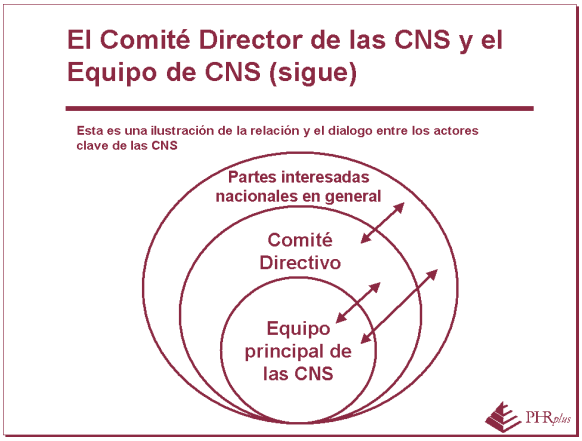
- Determinar dónde se desempeñan los miembros del equipo clave de las CNS y el futuro lugar de trabajo
  - Ministerio de Salud, Hacienda, Oficina de Estadísticas, Universidad
  - Otros criterios
    - Capacidad para llevar a cabo las CNS
    - Interés, compromiso
    - Proximidad con respecto a los usuarios de las CNS
    - Credibilidad
    - Viabilidad

PHRplus

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Muestre las transparencias 17, 18 y 19 de la Unidad 2. Modere el debate.

V. Organización del comité director y de sus relaciones con el equipo de las CNS



Una comunicación abierta y efectiva entre el equipo técnico y los tomadores de decisiones es de vital importancia para el éxito de las CNS (GP: pág. 13, 2.11). Los tomadores de decisiones deben hacer llegar sus preocupaciones políticas al equipo de las CNS para que éste pueda investigar dichos temas; a su vez, el equipo debe compartir sus resultados con los tomadores de decisiones de modo que los interpreten y deduzcan sus implicaciones políticas. Un modelo que demostró ser eficiente en muchos países es el de un **comité directivo** (CD) formado por encargados de alto rango de la elaboración de políticas de los ministerios de Salud y Hacienda, como también por representantes de las entidades públicas y privadas que proveen o financian la atención de salud. (Alternativamente, el tipo de tareas que cumple el comité director puede ser asumido ya sea por una entidad de política de salud de alto nivel ya existente, un grupo de trabajo especial sobre la salud, una comisión parlamentaria para la salud, un consejo de salud, un grupo interagencial para la salud o una asociación nacional.) El CD les otorga credibilidad, presencia e influencia política a las CNS.

Las principales tareas del CD son las siguientes:

- Comunicar las preocupaciones políticas al equipo de las CNS
- Retroalimentar al equipo de las CNS sobre sus resultados y conclusiones
- Ayudar a resolver las dificultades que el equipo pudiera eventualmente enfrentar en su tarea de recopilación de datos
- Brindar su apoyo en la interpretación de los resultados de las CNS y ayudar a deducir las implicaciones en materia de políticas

Los miembros del CD **son elegidos por el líder del equipo encargado de promover las CNS** u otra persona que tiene vínculos significativos con tomadores de decisiones en el ámbito de la atención de salud. El instructor deberá señalar que ésta es una tarea de alta relevancia pues el CD cumple un papel vital en el control que un país ejerce sobre sus CNS así como en el desarrollo de un conjunto de cuentas sólidas. Conformar el CD implica llevar

a cabo un "mercadeo" activo de las CNS. Con el apoyo de su equipo, el líder del equipo encargado de promover las CNS **deberá diseñar una estrategia comunicacional que podría incluir presentaciones individuales a cada miembro potencial del CD**, para que entiendan el valor que las CNS podría tener para sus trabajos e intereses. En otras palabras, el líder del equipo encargado de promover las CNS deberá demostrar "lo que las CNS pueden aportar a cada parte interesada" con el fin de conseguir su implicación en el proceso.

Una vez identificados a los miembros potenciales del comité director, es importante que el equipo de CNS determine qué tipo de relaciones desea tener con el CD. Este punto deberá fijarse antes de empezar a trabajar para aclarar expectativas y evitar futuras confusiones. El equipo de CNS y el CD deberían también establecer un calendario de reuniones y definir canales de comunicación. Algunos países encontraron que era útil **ilustrar esta organización con un organigrama**. (Se ofrecen dos ejemplos en la presentación de transparencias.) Se debe establecer, y luego respetar, un esquema claro de reuniones y comunicaciones entre el CD y el equipo de las CNS.

Nota para los instructores

El objetivo de esta pregunta es llevar a los participantes a identificar a las partes interesadas del sector de salud en sus países respectivos, visualizando dicho sector en toda su amplitud. El instructor recordará a los participantes que deben incluir tantas entidades privadas clave del sector de atención de salud como sea posible. Con esta pregunta, también se pretende que los participantes vean el ejercicio de las CNS de forma distinta con respecto a otros estudios que podrían ser realizados por una o dos personas del MdS; a diferencia de dichos estudios, **las CNS constituyen un esfuerzo intensivo** para implicar a todos los actores importantes del sector de salud.

Pregunta 4 para el debate

¿Qué organismos, instituciones, asociaciones y otras organizaciones deberían estar representados en el comité director de las CNS de su país?

Posible respuesta

Pregunta 5 para el debate

Trace un organigrama que ilustre las relaciones entre miembros del equipo de CNS y las del mismo con el comité director de las CNS.

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 19, 20, 21 y 22 de la Unidad 2 y modere el debate.

Posible respuesta

VI. Desarrollo del plan de trabajo

El paso final de la preparación del proceso de CNS es el desarrollo de un plan de trabajo. Idealmente, esto se hace con la participación de todos les miembros del equipo y antes de la capacitación sobre las CNS a escala nacional. Sin embargo, ello no siempre ocurre y, por lo tanto, puede que el instructor deba incorporar este paso en la malla curricular del taller de capacitación.

Para que sea utilidad, se recomienda incluir en el plan de trabajo (como mínimo) los **siguientes cuatro elementos**:

1. Las tareas propias de la actividad de las CNS

   El plan de trabajo preliminar permite dar comienzo al trabajo. Aunque el plan debe tratar de anticipar tantas tareas como sea posible, es probable que será actualizado y revisado conforme se vaya avanzando. Se describen más abajo las principales tareas tales como fueron definidas en muchos países. El instructor debe revisar la lista con los participantes antes de que elaboren un borrador del plan de trabajo respecto de su propio proceso de CNS.

2. Las estrategias y acciones necesarias para el cumplimiento de esas tareas

   Los miembros del equipo deben hablar entre si y redactar un documento que indique cómo se llevará a cabo cada tarea y cuánto tiempo se necesitará para su realización. Con ello, el equipo podrá hacerse una idea del número de días/persona necesarios para completar un cliclo de CNS.

3. La asignación de diferentes tareas a cada miembro del equipo para garantizar su pronta y correcta realización

   Quizás sea éste el punto de mayor importancia del plan de trabajo. En algunos países, ciertas tareas quedaron pendientes y el proceso de CNS no pudo culminar a tiempo pues los miembros del equipo no tenían una visión clara de sus responsabilidades. La asignación de tareas obliga a los miembros del equipo a entender sus responsabilidades y evaluar la viabilidad de su implicación en el proceso de CNS a la luz de su carga de trabajo global.

4. Los plazos para la realización de las tareas

   La identificación de una fecha de realización para cada tarea de CNS es también un punto clave del plan de trabajo. El instructor recordará al equipo que, al momento de fijar esas fechas, deberá anticipar cualquier conflicto potencial entre los plazos establecidos para las CNS y los de otros procesos importantes de la agenda nacional o gubernamental, tales como la revisión del presupuesto anual o las elecciones generales.

El Cuadro 2.1 enumera las principales tareas definidas por ciertos países cuando llevaron a cabo su proceso de CNS. El instructor debe repasar la lista con los participantes al taller antes de que elaboren el plan de trabajo para sus propias CNS.

Cuadro 2.1 Principales tareas del proceso de CNS*

Tareas	Comentarios, descripción y objetivo de la tarea
1. Organizar una conferencia de lanzamiento para el comité directivo	La conferencia invita a todas las partes interesadas y tomadores de decisiones. Se enfoca en profundizar su comprensión de las CNS, en solicitarles su aporte en el diseño y en la especificación de la meta nacional de las CNS y en garantizar que apoyarán a los objetivos políticos relacionados. La conferencia también puede servir para ganar el consentimiento de las partes interesadas (especialmente de las del sector privado) con respecto al proceso de recopilación de datos y definir las prioridades.
2. Organizar un taller de capacitación en metodología para el equipo de las CNS	El taller de capacitación permite llevar a cabo distintas acciones además del aprendizaje de la metodología en sí misma. ☐ Acordar clasificaciones y límites (geográficos, funcionales y temporales) ☐ Desarrollar un marco de trabajo y un enfoque para las CNS (¿cuáles son los cuadros que el país completará?) ☐ Identificar las fuentes de datos primarios y secundarios· Desarrollar un plan de datos detallado ☐ Afinar el plan de trabajo de las CNS
3. Desarrollar instrumentos para la recopilación de la información	A algunos países les pareció útil examinar los instrumentos usados por otras naciones. El Manual de los participantes contiene ejemplos al respecto. Usualmente, los equipos de las CNS desarrollan un conjunto de instrumentos propios para su país, aunque en algunas naciones también se ha solicitado el apoyo de los miembros del CD.
4. Establecer la lista de las instituciones a las cuales se solicitará información para la recopilación de datos.	En los casos en que dichas instituciones sean muy numerosas (por ejemplo, las consultas de los médicos privados), podría ser necesario definir una muestra.
5. Determinar si será necesario recurrir a recopiladores de datos (empadronadores) adicionales, además de los que pertenecen al equipo de CNS	Una encuesta nacional a los hogares podría resultar útil o necesaria para obtener datos sobre la utilización y los gastos de los hogares en atención de salud. Dicha encuesta sería realizada por la oficina encargada de las encuestas nacionales. El equipo de CNS podría conversar con las autoridades pertinentes sobre la necesidad de una encuesta independiente o sobre la posibilidad de agregar preguntas relevantes para las CNS a una encuesta a los hogares más amplia ya existente.

Cont. página 34

* La lista presupone la existencia de un equipo de CNS y el cumplimiento previo de ciertas tareas.

Cuadro 2.1 Principales tareas del proceso de CNS* (sigue)	
Tareas	**Comentarios, descripción y objetivo de la tarea**
6. Establecer procedimientos claros para la recopilación y el registro de datos.	Los recopiladores de datos deberían tener un espacio de "interpretación" muy limitado sobre la forma en que una pregunta debería ser contestada o sobre cómo codificar una respuesta. Usualmente, se organiza un taller de capacitación de los recopiladores para ese propósito.
7. Recopilar los datos y/o monitorear el proceso de recopilación.	Esta responsabilidad suele incumbir al equipo de CNS. Puede hacerse bajo la forma de reuniones de reporte con "recopiladores de datos directivos" y/o de viajes físicos a las zonas urbanas y rurales donde los datos están siendo recabados. Lo último reviste especial importancia en el caso de las encuestas a los hogares.
8. Incorporary editar los datos.	Esta tarea debe cumplirse de manera uniforme y coherente.
9. Limpiar los datos.	El instructor deberá señalar a los participantes que esta tarea exige un tiempo considerable (cerca de un mes), especialmente en aquellos casos en que se realizó una encuesta a los hogares.
10. Desarrollar un plan de análisis de datos y empezar a completar los cuadros.	El plan de análisis de datos pone de relieve los pasos que se seguirán para completar los cuadros de CNS y permite definir qué miembro del equipo será responsable de la estimación de gastos correspondiente a cada fuente de datos. Completar los cuadros de CNS podría resultar un tarea muy compleja si no se adopta un enfoque detallado y sistematizado. Se ofrecerán ejemplos de enfoques durante la capacitación.
11. Identificar y reconciliar errores, inconsitencias y datos faltantes.	El instructor deberá señalar que esta etapa exigirá mucho tiempo y energía, especialmente durante el primer ciclo de CNS.
12. Redactar un borrador del informe.	El equipo de CNS suele redactar la presentación de la metodología y de los resultados. Usualmente, la persona de más alto rango es la que redacta los puntos del informe relacionados con implicaciones políticas, valiéndose de los aportes de los encargados de la elaboración de políticas. Puede darse el caso que se produzcan reportes preliminares que se presentaen al CD, los cuales sulen ser de utilidad para mantener el interés de los participantes en las CNS; para volver a dirigir los esfuerzos hacia contestar las preguntas específicas; y para supervisar el progreso de las CNS en sí.
13. Difundir el borrador del informe de CNS para su aprobación por el comité director.	En numerosos países, esta etapa implicó la organización de una reunión de difusión con el comité director. Una reunión de ese tipo puede servir a recabar mayor información sobre las implicaciones políticas.

Cont. página 35

* La lista presupone la existencia de un equipo de CNS y el cumplimiento previo de ciertas tareas.

Cuadro 2.1 Principales tareas del proceso de CNS* (sigue)	
Tareas	**Comentarios, descripción y objetivo de la tarea**
14. Finalizar el informe y producir resúmenes sobre políticas y asegurar su difusión hacia los públicos meta.	Para asegurar el éxito de la utilización política de las CNS, es fundamental adoptar una estrategia clara sobre cómo difundir los resultados entre los individuos que influyen en la política de salud y participan a su elaboración, sin tener necesariamente experiencia en el ámbito de la economía de la salud. Para tal efecto, numerosos países generaron pequeños resúmenes sobre resultados y políticas, presentaciones especializadas, conferencias de prensa, etc. la difusión de los resultados en ocasiones no recibe la importancia debida. Se debe procurar difundir los resultados utilizando medios impresos y electrónicos.
15. Mantener informado al comité director paso a paso durante todo el proceso.	Puede hacerse trimestral o mensualmente mediante informes actualizados enviados por correo electrónico o fax. Alternativamente, pueden programarse pequeñas reuniones con el comité director en distintas etapas del proceso de implementación de las CNS. La actualización recuerda regularmente al comité director el trabajo y la importancia de las CNS. También sirve para que las principales partes interesadas en la atención de salud sientan que siguen controlando el proceso.

* La lista presupone la existencia de un equipo de CNS y el cumplimiento previo de ciertas tareas.

Pregunta 6 para el debate

Utilice el cuadro siguiente para elaborar un proyecto de plan de trabajo de las CNS en su país Haga una lista que acote las tareas necesarias, las personas encargadas de cumplir con cada una de ellas, la forma en que se llevarán a cabo y su plazo de realización.

Componentes del plan de trabajo de las CNS para (nombre del país)			
Tareas CNS	**Persona responsable**	**Estrategia para cumplir con la taerea**	**Fecha de rea;lización**

VII. Aplicación de esta unidad

De acuerdo al grado de familiarización de los participantes con el proceso de planeación, el instructor podrá optar por dedicar unas cuantas horas (2 a 3) al desarrollo de los organigramas y planes de trabajo nacionales. Si más de un país atiende el taller de capacitación, podría resultar útil separar los participantes en grupos nacionales para que trabajen sobre estos puntos. Dado que esa tarea es exigente y requiere mucha reflexión, se recomienda que las actividades sean moderadas con, al menos, un moderador por cada grupo nacional. Se ofrece un ejemplo de plan de trabajo nacional en las hojas de trabajo distribuidas por el instructor. También se encontrarán copias del mismo en el Manual de participantes.

Referencias

Ninguna lectura específica

Unidad 2
Presentación de transparencias

1

PHR*plus*

Unidad 2:
Planificación del proceso de CNS

USAID

El proyecto PHR*plus* está financiado por la Agencia de los EE.UU. Para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Muestre la presentación de transparencias. En cada transparencia, discuta los puntos destacados con los participantes. Enriquezca el debate con antecedentes, ejemplos, etc. en las notas del Expositor para ampliar el debate.

2

Objetivos de aprendizaje

- ▲ Familiarizarse, de principio a fin, con las tareas y los pasos sugeridos en la elaboración de CNS
- ▲ Tener presente las habilidades y tareas de cada miembro del equipo de CNS y del comité director de las CNS

PHR*plus*

3

Planificación del proceso de CNS

- ▲ Generar la demanda de CNS
- ▲ Formar el equipo de CNS
- ▲ Encontrar una "sede" para las CNS
- ▲ Organizar el comité director y las relaciones del mismo con el equipo de CNS
- ▲ Desarrollar el plan de trabajo

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

La siguiente es una sugerencia sobre los pasos necesarios a seguir. Cada país puede tener un enfoque distinto respecto de las CNS. Por ejemplo, algunos preferirán subcontratar el estudio de CNS a una universidad u otra organización, pero ello podría comprometer futuros esfuerzos de institucionalización de las CNS en el ámbito estatal.

4

Formación del equipo de CNS

- ▲ Discutir las alternativas que se presentan para la elección del lugar de funcionamiento de las CNS
- ▲ Identificar las habilidades y el personal necesarios para su elaboración
- ▲ Usualmente, las tareas se dividen entre “tareas del líder del equipo” y “tareas de nivel técnico”
- ▲ El equipo debe entender claramente el nivel y volumen del trabajo asignado a cada persona

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 1. El promotor de las CNS será el encargado de «vender» las CNS, difundiendo su contenido y explicando el interés que revisten para el Estado.

5

Formación del equipo de CNS

- Discutir las alternativas que se presentan para la elección del lugar de funcionamiento de las CNS
- Identificar las habilidades y el personal necesarios para su elaboración
- Usualmente, las tareas se dividen entre “tareas del líder del equipo” y “tareas de nivel técnico”
- El equipo debe entender claramente el nivel y volumen del trabajo asignado a cada persona

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

En muchos países, el equipo de CNS empieza a funcionar con un núcleo básico de 4 ó 5 personas. En la práctica, sin embargo, entre una y dos personas realizan el estudio entero. Estos dos miembros principales deben contar con las habilidades de «líder de equipo» y de «nivel técnico» detalladas anteriormente.

6

Formación del Equipo de CNS (sigue) TAREAS del /de los Líder(es) del Equipo

1. **Dirigir el equipo**
   - Supervisar todo el trabajo técnico
   - Velar por la realización de todas las tareas directivas (directamente o por delegación)
   - Mantener el ritmo de trabajo
2. **Manejar las relaciones con las partes interesadas**
   - Dirigir las reuniones del comité director
   - Liderar, defender y promover el esfuerzo y el proceso de las CNS
   - Vincular las CNS con los temas políticos de mayor relevancia
   - Coordinar y garantizar la contribución de todas las partes interesadas
   - Asegurarse de que todos estén cumpliendo con las tareas delegadas
   - Definir el marco de trabajo, el diseño de las políticas, las clasificaciones, los límites de las CNS, en colaboración con las partes interesadas en el sector de salud

PHRplus

7

Formación del Equipo de CNS (sigue) TAREAS del /de los Líder(es) del Equipo

3. **Dirigir el esfuerzo de recopilación de datos**
   - Revisar los formularios de recopilación de datos
   - Agilizar la entrega de datos por las partes interesadas, manteniendo su interés por la actividad
   - Ayudar al personal técnico a conseguir permiso/aprobación para acceder a los datos de las organizaciones relevantes
4. **Supervisar el análisis de datos y la interpretación de los resultados**
   - Estar atento a las diferencias y conflictos entre datos y encabezar el equipo en la resolución de los mismos
   - Verificar la exactitud de los cuadros una vez completados
   - Obtener el análisis de la "imagen macro" solicitando al equipo de CNS la combinación de los datos CNS con otros datos específicos (por ejemplo, datos sobre utilización y epidemiológicos, estadísticas de salud, datos macroeconómicos, comparaciones entre países)
   - Identificar los temas políticos sistémicos a la luz del análisis de datos (puede hacerse en consulta con las partes interesadas)

PHRplus

8

Formación del Equipo de CNS (sigue) TAREAS del /de los Líder(es) del Equipo

5. **Participar en la creación de los documentos CNS (informes, reportes sobre políticas, informaciones de prensa, presentaciones, etc.)**
   - Ayudar a diseñar documentos apropiados para distintos públicos
   - Contribuir a la redacción de los documentos
   - Administrar la redacción, la revisión y la producción de los documentos
6. **Difusión de los resultados**
   - Planificar, organizar y presentar
   - Reuniones con las partes interesadas (las que deben ser informadas por el o los directivos acerca del progreso de la implementación de las CNS a lo largo del proceso)
     - Ruedas de prensa
     - Eventos académicos

PHRplus

9

Formación del Equipo de CNS (sigue) Tareas del /de los Líder(es) del Equipo – Nivel de HABILIDADES y conocimientos

- Profunda comprensión del sistema de salud
- Profunda comprensión de las CNS y de su uso potencial en el país
- Buenos contactos en todo el sistema de salud
- Excelentes habilidades de administración y coordinación
- Conocimiento del sistema de salud nacional (problemas y políticas)
- Experiencia en el ámbito financiero
- Habilidades analíticas
- Cabal entendimiento del público objetivo
- Fuertes habilidades de redacción
- Fuertes habilidades de presentación
- Habilidades de facilitación

PHRplus

10

Formación del Equipo de CNS (sigue) TAREAS de nivel técnico

1. Aportar su asistencia en la documentación de
   - Los intereses políticos de las partes interesadas con respecto a la CNS
   - La actualización del proceso de CNS
   - Las definiciones de los gastos y límites
   - Las clasificaciones de CNS específicas al país

PHRplus

11

Formación del Equipo de CNS (sigue) TAREAS de nivel técnico

2. **Recopilar los datos**
   - Datos primarios
     - Diseño y actualización de los instrumentos de encuestas
     - Contactar las organizaciones para explicar cuáles son los datos que se necesitan, revisar los instrumentos
     - Efectuar un seguimiento de los contactos con el fin de obtener datos completos
     - Entrar los datos en las hojas de cálculo
     - Documentar cuidadosamente todas las fuentes, referencias y cálculos
   - Datos secundarios
     - Identificar y salvaguardar las copias de las fuentes de datos secundarios (Se requerirá el apoyo del líder del equipo que posee un conocimiento detallado del sistema y de las actividades de salud)
     - Revisar y recopilar datos relevantes
     - Entrar los datos en las hojas de cálculo
     - Documentar cuidadosamente todas las fuentes, referencias y cálculos y, en especial, registrar las fuentes múltiples de datos idénticos

PHRplus

12

Formación del Equipo de CNS (sigue) TAREAS de nivel técnico

3. **Tabular los datos y elaborar los cuadros**
   - Completar los cuadros de CNS rastreando cuidadosamente las fuentes originales y los cálculos correspondientes a cada entrada
   - Identificar los errores, los datos faltantes y conflictivos
   - Revisar las fuentes de datos primarios y secundarios de modo que se puedan resolver errores y problemas debidos a datos faltantes y conflictivos
   - Seguir actualizando la documentación de todas las fuentes, referencias y cálculos
4. **Analizar los datos**
   - Identificar y resolver las brechas y conflictos entre datos
   - Combinar los datos de CNS con datos no financieros
   - Preparar gráficos y cuadros
5. **Escriba la metodología y los resultados**

PHRplus

13

Formación del Equipo de CNS (sigue) HABILIDADES y CONOCIMIENTOS de Nivel Técnico

- Conocimientos en contabilidad pública
- Experiencia en procesamiento de texto y hojas de cálculo (Excel y MSWord)
- Buenas capacidades de organización
- Familiaridad con las fuentes de datos relacionados con la salud
- Habilidades para la investigación
- Habilidades analíticas
- Capacitación en metodología de CNS, comprensión de los cuadros y clasificaciones de CNS
- Experiencia en el desarrollo y la realización de encuestas
- Habilidades interpersonales

PHRplus

14

Encontrar una "Sede" para las CNS

- Determinar un centro de operaciones para las CNS (en colaboración con el promotor de las mismas)
- Puede que sea necesario “vender” las CNS a otros miembros del ministerio

  Al respecto, tenga presente que, desde un principio, se debe enfatizar el “objetivo político” y la meta de “institucionalización”
- Sede institucional para la producción y la publicación de las CNS

PHRplus

15

Encontrar una "Sede" para las CNS

- Determinar dónde se desempeñan los miembros del equipo clave de las CNS y el futuro lugar de trabajo
  - Ministerio de Salud, Hacienda, Oficina de Estadísticas, Universidad
  - Otros criterios
    - Capacidad para llevar a cabo las CNS
    - Interés, compromiso
    - Proximidad con respecto a los usuarios de las CNS
    - Credibilidad
    - Viabilidad

PHRplus

16

El Comité Director de las CNS y el Equipo de CNS

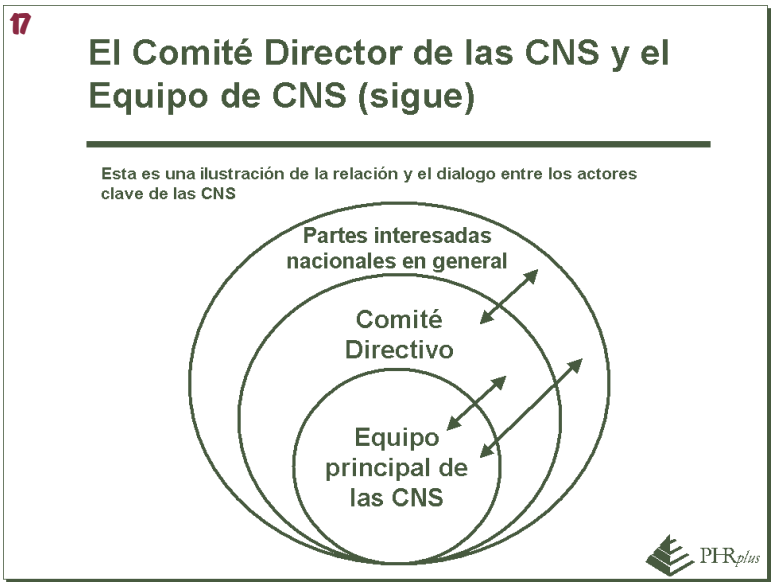
- Tareas del comité director
  - Comunicar las preocupaciones políticas al equipo de CNS
  - Entregar al equipo de CNS informaciones retroactivas sobre sus resultados y conclusiones
  - Ayudar a solucionar cualquier dificultad que el equipo de CNS pudiera enfrentar
  - Brindar su apoyo en la interpretación de los resultados de las CNS y ayudar a deducir las implicancias que tienen en materia de políticas
- Identificar a los miembros del comité director (¿cuáles son las partes interesadas–públicas y privadas– del sector de salud?)

Un organigrama ayuda a visualizar los papeles de los diferentes actores

PHRplus

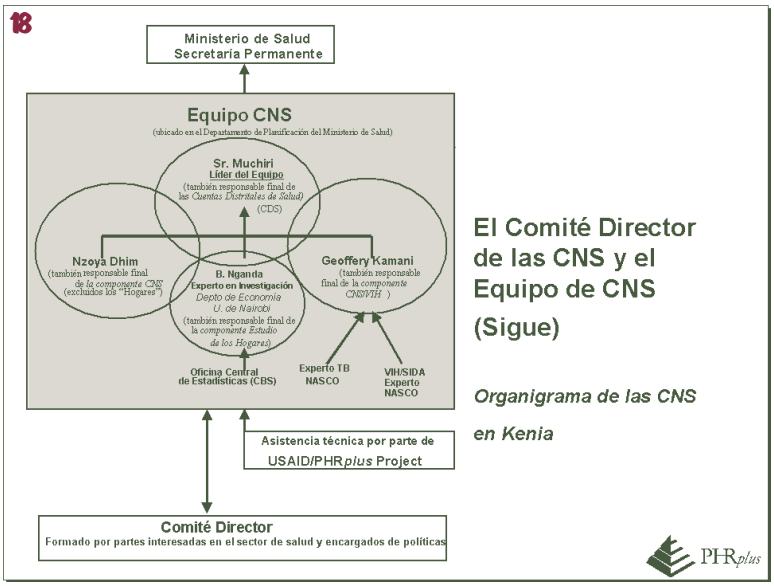
NOTAS DEL EXPOSITOR

Los siguientes deberían ser los encabezados de las columnas del plan de trabajo.



NOTAS DEL EXPOSITOR

Las flechas destacan que existe un diálogo entre los actores clave.



NOTAS DEL EXPOSITOR

En Kenia, el equipo de CNS principal eligió liderar el proceso, con una retroalimentación permanente por parte del comité director. El papel de PHR consistió en apoyar al equipo principal, formado por cuatro personas. Tres de ellas eran del Ministerio –esto es, el líder del equipo (director delegado de planeación; Nzoya estaba a cargo del trabajo de CNS, excluyendo los subanálisis sobre los hogares y el VIH; y Geoffery Kamani era responsable de la coordinación de la iniciativa sobre VIH/SIDA. Un profesor de la Universidad de Nairobi, el señor Nganda, fue encargado de liderar el estudio sobre los hogares en coordinación con la Oficina central de estadísticas. Todas las superposiciones de los círculos indican traslapes de responsabilidades.

19

Desarrollo del Plan de Trabajo

- El plan de trabajo debe incluir:
  - Las tareas requeridas para la elaboración de las CNS
  - Las estrategias y acciones necesarias para el cumplimiento de las tareas
  - Los responsables
  - El cronograma de realización

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Los siguientes deben ser los encabezados de las columnas del plan de trabajo.

20

Desarrollar el Plan de Trabajo: Tareas Clave (1/3)

- Identificar las estrategias, las acciones, la persona responsable y el cronograma correspondiente a cada tarea
- Tareas clave
  - Realizar un evento de lanzamiento para el Comité Director
    - Identificar los objetivos políticos de las CNS
  - Realizar un taller de capacitación en metodología para el equipo CNS
    - Acordar clasificaciones y límites
    - Desarrollar el marco y el enfoque de las CNS
    - Identificar las fuentes de datos primarios y secundarios
    - Desarrollar un plan de datos tal como se indicó en una presentación anterior

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Recuerde que los países pueden agregar u omitir tareas con respecto a las indicadas en esta presentación.

21

Desarrollar el Plan de Trabajo: Tareas clave (2/3)

- Desarrollar instrumentos para las encuestas.
- Determinar el marco de muestreo y el número de empadronadores.
- Conducir una prueba y afinar los instrumentos de encuestas.
- Diseñar procedimientos claros para la recopilación y el registro de datos.
- Si se efectúa una encuesta a los hogares, organizar talleres de capacitación para los capacitadores y los empadronadores.

PHRplus

22

Desarrollar el Plan de Trabajo: Tareas Clave (3/3)

- Controlar el proceso de recopilación de datos
- Entrevistar a los supervisores " responsables de recopilación de datos"
- Editar y registrar los datos
- Limpiar los datos
- Desarrollar el plan de análisis de datos y completar las matrices
- MANTENER AL COMITÉ DIRECTOR INFORMADO A LO LARGO DEL PROCESO DE CNS
- Identificar y resolver los errores y los problemas debidos a datos faltantes y conflictivos
- Redacción de un borrador del informe
- Difundir el borrador del informe CNS para su aprobación por el COMITÉ DIRECTOR
- Afinar el informe y los reportes sobre políticas

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Idealmente, las CNS deberían poder completarse en un año a un año y medio, aunque resulta importante producir resultados preliminares y mostrarlos al CD

23

Tareas para la Capacitación en el Plano Nacional

1. ¿Quiénes son los promotores de la política de CNS?
2. ¿Quiénes son los líderes del equipo?
3. ¿Quiénes son los miembros del equipo del "nivel técnico"?
4. Identificar los miembros del Comité Director
5. Determinar la estructura organizacional del equipo de CNS y diseñar el organigrama
6. Diseñar el plan de trabajo

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Puntos 1-4. En caso de que también se lleven a cabo cuentas regionales de salud (CRS), incluya en la lista a los actores tanto del nivel central como regional.

Punto 5. En caso de que también se lleven a cabo CRS, asegúrese de ilustrar la relación que une a los niveles central y regional. En otras palabras ¿cuál es el grado de participación del nivel central? Este aspecto depende del método adoptado por la región (enfoque de abajo hacia arriba, de arriba hacia abajo, etc.). Obviamente, si se optó por el enfoque de arriba hacia abajo, deberá existir un diálogo más consistente entre los niveles central y regional.

Unidad 2 - Ejercicios

Pregunta 1

¿Quién es, o podría ser, el promotor de las CNS en su país?

Respuesta

Pregunta 2 para el debate

¿Cuáles son los temas, debates e interrogantes de mayor importancia sobre el sector de salud de su país? ¿En qué medida y qué forma los resultados de las CNS pueden contribuir a resolver estos temas?

Posible respuesta

Pregunta 3

¿Quiénes son los «líderes del equipo» y los miembros «técnicos» del equipo de CNS de su país?

Respuesta

Pregunta 4

Haga una lista de los organismos, las instituciones, asociaciones y otras organizaciones, que podrían estar representados en el comité director de las CNS de su país.

Respuesta

Pregunta 5

Trace un organigrama que ilustre las relaciones entre miembros del equipo de CNS y las del mismo con el comité director de las CNS.

Respuesta

Pregunta 6

Utilice el siguiente cuadro para ilustrar el plan de trabajo de las CNS en su país. Haga una lista que acote las tareas necesarias, las personas responsables de cada una de ellas, la forma en que se llevarán a cabo y su plazo de realización.

Componentes del plan de trabajo de las CNS para (nombre del país)			
Tareas CNS	**Persona responsable**	**Estrategia para cumplir con la taerea**	**Fecha de rea;lización**

3

Unidad 3
Definición de "gasto" y "límite" para las CNS

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

En este momento del proceso de capacitación, el instructor ha establecido las bases para explicar los fundamentos y usos de las CNS. También ha explicado cómo planear la actividad. Ha llegado el momento de comenzar a trabajar con cifras. Sin embargo, primero es importante que el instructor explique **qué tipo de cifras —en otras palabras, de gastos- se utilizan en las CNS**. El concepto de atención de salud y de mejora de la salud puede ser tan amplio que si incluimos todo lo que de alguna forma contribuye a la salud haríamos inviable la metodología desde el punto de vista teórico, práctico y financiero. Esta Unidad se enfoca a definir los gastos directos en salud, gastos relacionados con la salud, y otro tipo de gastos que, aun cuando contribuyen a la salud, lo hacen de manera tangencial. Las discusiones contempladas en esta Unidad tienen por objeto ayudar a los participantes a que juzguen cuáles cifras deben incluir en sus CNS.

inclusion in their NHA calculations, and which are excludable.

Duración

Capacitación regional, 160 minutos.

Capacitación nacional, 190 minutos.

Objetivos de aprendizaje

Al final de esta unidad los participantes:

- Podrán entender en qué consisten los gastos en salud
- Estarán familiarizados con la definición funcional y los límites espaciales y temporales relativos a los gastos en salud
- Serán capaces de registrar datos apropiados y precisos sobre los costos asociados con la atención de salud en su país

Objetivos de aprendizaje

- Entender en qué consisten los gastos en salud
- Familiarizarse con la definición funcional y los límites espaciales y temporales relativos a los gastos en salud
- Tener la capacidad de capturar datos apropiados y precisos sobre los costos asociados con la atención de salud en su país

PIR*plus*

Contenido

- Definición de términos clave: "gasto", "atención de salud" y"gasto en atención de salud"
- Definición funcional de gastos en salud
- Límites espaciales
- Límites temporales
- Criterios para la inclusión de gastos en salud
- Otros temas importantes a la hora de determinar qué incluir como gasto en salud
- Actividades *relacionadas con* la salud

Medición de los gastos en salud

El equipo de CNS debe entender claramente:

- ¿En qué consiste un "gasto"?
- ¿Cómo definimos la salud?
- El límite ESPACIAL de los gastos en salud
- El límite TEMPORAL de los gastos en salud

PIR*plus*

Ejercicios

- Preguntas prácticas y para el debate

I. Definición de términos clave: "gasto", "atención a la salud" y "gasto en atención a la salud"

La importancia de definir CLARAMENTE los gastos en salud

- Reduce al mínimo las variaciones entre estimaciones de gastos
- Facilita las comparaciones entre países (lo que requiere definiciones claras desde el ámbito nacional que sean compatibles con las normas internacionales)

PHRplus

Algunos gastos están más directamente asociados con la atención de salud que otros. Para mantener la contabilidad de la salud dentro de unos márgenes manejables y no gastar esfuerzo en gastos irrelevantes, las CNS se centran en los "gastos directos en atención de salud".

¿Por qué es preciso definir los gastos en atención de salud? El instructor debe señalar que una definición clara es clave por las siguientes razones:

Nota para los instructores

Show slide 4 discuss incorporating information from Speaker's Notes.

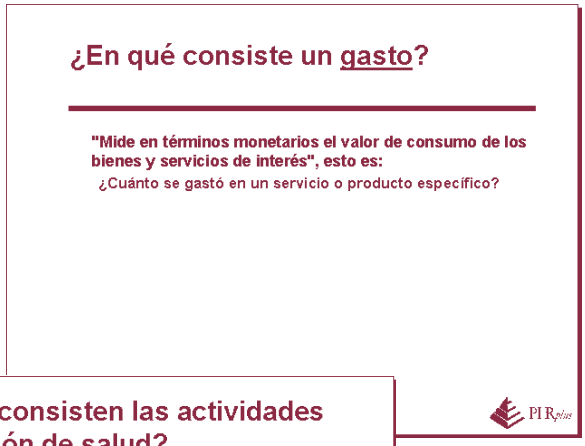
- **Para minimizar las variaciones** en lo que se incluye dentro de los gastos en atención de salud para que los encargados de la elaboración de políticas usen información precisa y uniforme. Por ejemplo, si los gastos en los programas contra el tabaquismo se incluyen un año pero no al año siguiente, puede aparecer como que los gastos totales han disminuido, siendo que la discrepancia es producto de la inconsistencia respecto de lo que debe incluirse como gastos de salud. La falta de definiciones claras (y por escrito) dificultan la posibilidad de contar con datos uniformes en las CNS y afectan negativamente la credibilidad y fiabilidad de las CNS.
- **Para facilitar las comparaciones entre países.** Por ejemplo, un país agrupa toda la atención curativa bajo la categoría "atención hospitalaria", siendo que la atención curativa puede ser dispensada de manera ambulatoria o en una estadía diurna (o de corta estancia) en un recinto hospitalario. La definición imprecisa de atención curativa tuvo como resultado una sobreestimación del costo total de la atención hospitalaria, lo que no sólo afectó negativamente la política de salud nacional sino también la posibilidad de realizar comparaciones con otros países. Es por ello que los equipos de CNS nacionales deben preocuparse de que las definiciones que utilizan sean claras y compatibles con las definiciones universales. Esto le permite a los países realizar mediciones para evaluar su propio desempeño y extraer lecciones a partir de las experiencias de otras naciones que tengan una situación socioeconómica similar.

¿Qué son los gastos directos en atención de salud? Aún cuando la Guía del Productor (OMS, Banco Mundial, 2003) no utiliza el término "directo", es bueno emplearlo para efectos didácticos, particularmente a la hora de distinguir el gasto directo en atención de salud y el gasto relacionado con la atención de salud. El instructor puede explicar el concepto de gasto en salud definiendo cada parte de la frase de manera separada.

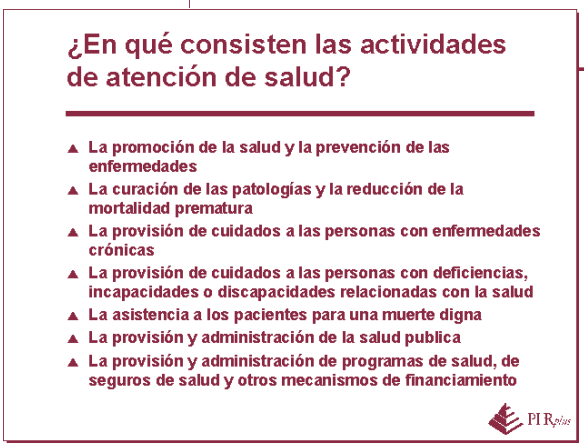
Nota para los instructores

Muestre las transparencias 5, 6 y 7 y anime el debate valiéndose de la información contenida en las Notas del Expositor.

- Gasto: Un gasto mide en términos monetarios el valor de bienes y servicios consumidos, en otras palabras, un gasto es lo que se gastó en un bien o servicio particular. Obsérvese que se enfatiza el uso retrospectivo (en contraste con el "presupuesto", que es prospectivo).



- Atención de salud: La atención de salud, tal como lo señala el manual SHA de la OCDE, se refiere a las actividades realizadas ya sea por instituciones o individuos cuyo objetivo es, a través de la aplicación de conocimiento y tecnología médica, paramédica y de enfermería:



  - promover la salud y prevenir las enfermedades
  - curar las enfermedades y reducir la mortalidad prematura
  - asistir a las personas con enfermedades crónicas
  - asistir a las personas con discapacidad relacionada con la salud
  - asistir a los pacientes con enfermadades terminales
  - prestar y administrar servicios de salud pública
  - prestar y administrar programas de salud, seguros de salud y otras formas de financiamiento.

La definición anterior se limita a actividades basadas en terminología "médica". La definición de atención de salud de las CNS incluye todas las actividades enumeradas anteriormente más los bienes y servicios adquiridos con proveedores de salud informales o incluso ilegales, incluso aquellos que no están médicamente calificados.

■ La CNS utilizan una **definición funcional** de la atención de salud que incluye todas las "actividades cuyo objetivo principal sea mejorar la salud" (OMS, Banco Mundial, USAID 2003) para una país durante un período definido de tiempo al margen del tipo de institución o entidad que provea o pague por esta actividad de salud. En otras palabras, **las CNS apuntan a lo que se hace en vez de quién lo hace o dónde lo hace**.

¿En qué consiste la atención de salud?

- **Son las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento o mejoramiento de la salud en un país durante un periodo de tiempo definido.**
  - **Las CNS recurren a una definición FUNCIONAL**
    - Se pone el énfasis en las "actividades" orientadas a la atención de salud INDEPENDIENTEMENETE de la institución/entidad proveedora o financiadora
    - ¿Cual es el objetivo esencial de la actividad?

- Nota: la definición del SCS se restringe a las actividades basadas en la "tecnología médica".
- Las CNS amplian el espectro e incluyen a los gastos relacionados con proveedores de atención de salud informales y posiblemente ilegales, inclusive los proveedores no tradicionales.

PI Rplus

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 7 y anime el debate valiéndose de la información contenida en las Notas del Expositor.

■ Cuando se juntan estos dos conceptos, el término "gasto directo en atención de salud" se refiere a "todos los gastos por concepto de actividades cuyo objetivo principal es restablecer, mejorar y mantener la salud de una nación y de unos individuos durante un período específico de tiempo" (GP: pág. 20 3.02).

Por ende, los equipos de CNS deben en primer lugar determinar si el **objetivo principal** de una actividad es efectivamente la salud. Sobre la base de esta distinción, se incluirán o no los gastos en los cuadros de CNS.

Definición CNS de los gastos en atención de salud "directos"

- **Todos los gastos por concepto de actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento o mejoramiento de la salud en un país durante un período de tiempo definido**

PI Rplus

Algunos gastos tradicionalmente no incluidos en las estimaciones de salud pueden incluirse en las CNS. Por ejemplo, los gastos en prestación de salud por entidades que "no son de salud", tales como los gastos en los hospitales universitarios del ministerio de educación, tradicionalmente excluidos de las estimaciones de gastos totales en salud, se incluyen en las CNS. De la misma forma, no todas las actividades que desarrolla el MDS necesariamente caben dentro de la definición de gasto de salud de las CNS. Por ejemplo, puede que los hospitales entreguen asistencia social o que el MDS provea terapia ocupacional. Aun cuando estas actividades apuntan a una mejor salud, su objetivo principal no es mejorar la salud. Por lo tanto, serían consideradas como gastos no de salud y excluidas de las CNS.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 8 y anime el debate valiéndose de la información contenida en las Notas del Expositor.

El instructor también debería señalar que las CNS **no distinguen entre actividades de salud eficaces o ineficaces**. Lo que importa es el objetivo de la actividad y no el resultado de la misma.

Pregunta 1a para el debate

Indique si los gastos en las siguientes actividades de atención de salud debieran incluirse en las CNS. Justifique su respuesta.

La atención de salud en las cárceles prestada y financiada por el Ministerio de Justicia

Respuesta

Sí. Recuerde que la definición de atención de salud de las CNS es "funcional"; el objetivo de esta actividad es la atención de salud, al margen de quién o qué paga por esta actividad.

Pregunta 1b para el debate

¿La eliminación de jeringas y guantes usados en una clínica de salud?

Respuesta

Sí. Este procedimiento tiene un impacto sobre la atención de salud ambiental.

II. Definición de los límites

El instructor debe ahora afinar más el concepto de gasto en atención de salud. Para que las CNS sean manejables, es preciso establecer "límites". Un límite de gasto permite fijar qué puede ser calificado como gasto en salud. Algunos gastos concuerdan con la definición funcional de atención de salud pero exceden los límites espaciales y temporales, lo que los vuelve menos relevantes para el proceso de CNS.

Límite espacial

Los límites espaciales en el contexto de las CNS se basan en la premisa de que "el gasto nacional en salud no se limita a la actividad que ocurre dentro de las fronteras nacionales (GP: pág. 22, 3.12). Por ello, se cuentan los gastos incurridos en atención de salud por ciudadanos o residentes que pueden encontrarse temporalmente en el extranjero. El gasto en salud de los extranjeros dentro de un país generalmente se excluye. Obsérvese, sin embargo, que en el caso de Jordania se promovió, como política del país, el "turismo

Definición de un límite espacial para los gastos en salud

- **No limitados a la actividad desarrollada dentro de las fronteras del país.**
  - INCLUYEN los gastos en salud de los ciudadanos y residentes que se encuentran temporalmente fuera del país.
  - EXCLUYEN los gastos en atención de salud de los extranjeros en el país considerado (suelen ser irrelevantes para los encargados de políticas).
  - INCLUYEN los gastos de los donantes (ya sea en dinero o en especies) cuyo objetivo esencial es la producción de bienes y servicios de salud y relacionados con la salud en un país.
  - EXCLUYEN los gastos de los donantes en la planificación y administración de dicho apoyo a la atención de salud.

médico" como parte de la oferta del sector de salud. En este caso, el gasto de los extranjeros se incluyó como gasto de salud dentro de los límites nacionales.

Otro contexto en el cual es relevante definir un límite espacial es la asistencia de donantes a los países en desarrollo. Si el objetivo principal de una organización internacional es proveer bienes y servicios de salud y relacionados con la salud, los gastos directos (tanto en efectivo como en especie) asociados con esos bienes y servicios deben incluirse. Los gastos administrativos y operacionales asociados con los programas deben excluirse.

Pregunta 2a para el debate

¿Cuál es el límite espacial de su país con respecto a las CNS? Justifique su respuesta.

¿Incluirá el gasto en salud por concepto de atención de salud a los extranjeros?

Respuesta

Pregunta 2b para el debate

¿Qué gastos de los donantes incorporará en sus CNS? Por ejemplo, ¿excluirá todos los costos por concepto de asistencia administrativa y extranjera?

Respuesta

Límites temporales

Definir un límite temporal

- **Debe especificarse si se considera el año fiscal o año calendario**
- **Las CNS se basan en un método *acumulativo,* vale decir:**
  - Los bienes y servicios son contabilizados el mismo año en que fueron proporcionados, en vez de serlo cuando se pagan efectivamente

¿Para qué período de tiempo debieran investigarse los gastos en salud? Se debe tener mucho cuidado en especificar claramente este límite como año calendario o como año fiscal (GP; pág. 20, 3.13-3.14) ya que puede que algunas entidades (como el gobierno) informen acerca de sus gastos en función del año fiscal mientras que otras (tal vez en el sector privado) lo hagan en función del año calendario. Otro elemento del límite temporal es la distinción entre cuándo ocurre la actividad y cuándo ocurre el pago por esa actividad. Las CNS utilizan el método acumulativo (o devengado) de contabilidad, lo que significa que el valor de los bienes y servicios debe contabilizarse en el mismo año en que fueron vendidos y prestados y no cuando fueron pagados. Por ejemplo, si una hospitalización ocurre durante la última semana de un año fiscal y el pago se efectúa la semana siguiente (comienzos del nuevo año fiscal), el costo e ingreso asociados con esa hospitalización serán contabilizados en los libros del primer año (cuando se prestaron los servicios) y no cuando se hizo el desembolso (durante el nuevo año fiscal).

Valiéndose de estas pautas, el instructor debe identificar otros ejemplos de gastos que sean ambiguos en este sentido y debatir si debieran o no ser incluidos y por qué motivo.

Pregunta 3a para el debate

¿Cuál es el límite temporal de su país con respecto a las CNS?

Respuesta

Pregunta 3b para el debate

¿Entre qué fechas estimará usted los gastos de las CNS en esta ronda de CNS?

Respuesta

III. Criterios para la inclusión de un ítem como gasto en salud

Criterios para incluir gastos en salud en las CNS (1/2)

- El umbral del 2% (regla general)
  - Incluir un gasto si éste representa más del 2% del gasto total en salud
- Relevancia política
  - En caso de duda, incluir aquellos gastos que son de especial importancia para los encargados de políticas

Criterios de medición de los gastos en salud en las CNS

- Transparencia
  - Documentar claramente todas las hipótesis y los cálculos que aparecen en el informe de CNS
- Compatibilidad internacional
  - Para determinar "¿cómo nos comparamos con otros?"
- Viabilidad de la medición
  - Debe permitir medir el gasto del plazo y con los recursos establecidos por su país

No todos los gastos que se ajusten a los criterios anteriores (cuyo objetivo principal es la salud, que tengan límites espaciales y temporales) se incluyen en las CNS. Existen otros criterios que ayudan a entender mejor las CNS y les dan mayor utilidad.

- El umbral del 2 por ciento: la regla clave para determinar si deben o no incluirse ciertos gastos es preguntarse "cuán grandes son esos gastos". Como norma se incluyen si representan más de 2 por ciento de los gastos totales en salud (GTS) del país. Si son inferiores a esa cifra, puede que no valga la pena dedicar tiempo y esfuerzo para medir de manera precisa esos gastos. Esos montos tienen poca relevancia en términos de política.
- Relevancia política: Existe una excepción a la regla del 2 por ciento. Puesto que el objetivo de las CNS es fundamentar las decisiones de política, las CNS deben incluir todos aquellos gastos que sean relevantes para los efectos de las políticas de salud que se están desarrollando en el país.

  Los encargados de la elaboración de políticas debieran estar informados de montos aún más pequeños (inferiores al 2 por ciento) si dicha información es relevante en términos del diseño de una política, de una opción política en perjuicio de otra y en la evaluación de decisiones de política. El equipo puede valerse de los temas de política identificados en la Unidad 2 (Q 2.2) para determinar la relevancia política de una acción.

Otros criterios que deben tenerse en cuenta al momento de incluir gastos en salud:

- Transparencia: Debe haber una clara documentación acerca de las fuentes de los gastos en salud, las clasificaciones y definiciones utilizadas, y cualquier otro ajuste o cálculo. Generalmente, esto supone preparar un manual escrito para las estimaciones en CNS de cada país. (A lo largo de todo el taller de capacitación, el instructor debe reiterar la necesidad de que los equipos de cada país documenten por escrito todas las hipótesis y decisiones

Nota para los instructores

Oros ejemplos de producción no de mercado y de actividades no remuneradas:

Las organizaciones sin fines de lucro como los hospitales misioneros, que brindan atención de salud gratuita a los pacientes.

Los subsidios y las donaciones que otorgan organizaciones filantrópicas para reducir la carga tarifaria de los pacientes.

metodológicas que utilicen en la elaboración de CNS: así, por ejemplo, se excluirían rumores infundados de coimas pagadas en el sector de la salud).

- Compatibilidad con estándares y prácticas existentes a nivel internacional: Las mediciones respecto del gasto en salud deben ser compatibles con las clasificaciones y definiciones estándares internacionales, como las del Sistema de Cuentas Nacionales (ICHA) y las estadísticas de las finanzas gubernamentales. Cualquier excepción a esta regla para poder dar cuenta de temas propios a un país deberá ser debidamente fundamentada. Adicionalmente, es importante que las CNS sean compatibles con los ejercicios de Cuentas Nacionales que se desarrollan en algunos países (contabilidad nacional).
- Factibilidad de la medición: Debido a las limitaciones en términos de tiempo y de los recursos para realizar CNS, puede que los países no puedan incluir algunos gastos o recopilar datos de alta calidad para ciertos gastos. Por ejemplo, un informe de CNS que incluya una encuesta sobre los gastos en salud de los hogares podría significar más de dos años de trabajo y miles de dólares. En consecuencia, un país debe sopesar el tiempo y la calidad al momento de planear ejercicios en CNS. Para minimizar el costo financiero y e tiempo de un ejercicio de CNS, el equipo tiene varias opciones:
  - Aceptar una estimación gruesa en lugar de buscar datos exactos y claramente documentarla como tal
  - Excluir las estimaciones gruesas
  - Recolectar los datos requeridos con el tiempo y los recursos disponibles. Si aparecen mejores datos más adelante, se puede revisar las CNS para ese año específico o utilizar una mejor estimación en una futura ronda de CNS.
  - Presentar los datos que no requieren de encuestas y paralelamente realizar las encuestas para posteriormente complementar los datos iniciales.

IV. Temas relevantes al medir gastos en salud

También hay gastos con los cuales se debe ser prudente y discreto a la hora de decidir si los incluye y cuál es la forma de tratarlos.

Utilice el precio final de mercado en el sector privado con fines de lucro

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 13 y anime el debate valiéndose de la información contenida en las Notas del Expositor.

Al momento de decidir cuánto se gastó efectivamente en un producto o servicio privado con fines de lucro, se debe utilizar el ingreso total obtenido por el producto o servicio en el punto final de consumo (GP: pág. 172, 12.13). Estos precios de mercado incluyen todos los costos intermedios y el valor agregado en cada etapa de la producción, tales como el costo de la mano de obra (salarios, etc.), bienes de capital, gastos operacionales y mantenimiento. Por ejemplo, para los medicamentos vendidos en el sector privado con fines de lucro, esto equivale al ingreso por concepto de venta de las farmacias detallistas, no el ingreso de los laboratorios de medicamentos o de los distribuidores. Si un hospital privado tiene un ingreso bruto de $100 millones, los $100 millones completos deberían incluirse en la estimación de las CNS, pero no así el ingreso de las compañías proveedoras de materiales, alimentos, equipos, etc.

Temas a considerar al medir los gastos en salud

- Utilice el precio final de mercado en el sector privado con fines de lucro
  - Clínicas privadas: Ingresos de la clínica, no ingresos de los proveedores de la clínica
  - Hospitales privados: Ingresos del hospital, no ingresos de los proveedores del hospital
  - Medicamentos: Ingresos de las farmacias minoristas, no de los fabricantes o distribuidores de medicamentos

PIR*plus*

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 14 y anime el debate valiéndose de la información contenida en las Notas del Expositor.

Qué se debe hacer cuando no hay precio de mercado

Muchas actividades de la salud acontecen fuera de la economía de mercado, donde no hay intercambio de dinero al momento de entregarle los bienes o servicios de salud al consumidor final. Pero eso no significa que no tienen valor. ¿Incluimos esas actividades?

- **¿Qué valor monetario les damos?**

Bienes y servicios de salud gratuitos

Los bienes y servicios producidos por entidades como las organizaciones gubernamentales o sin fines de lucro (por ejemplo los hospitales misioneros) se entregan sin costo o con costo subsidiado a los usuarios. Algunos empleadores privados y paraestatales proporcionan servicios de salud gratuitos a sus empleados. Si un paciente recibe tratamiento gratuito en una clínica

¿Que Hacer Cuando no Hay Precio de Mercado?

- Bienes y servicios de salud gratuitos —obtenga la fecha de gasto de la entidad
- Bienes donados —utilice el precio de mercado del ítem que ha sido donado
- Bienes y servicios de salud gratuitos —obtenga la fecha de gasto de la entidad
- Bienes permutados —utilicé el precio de mercado del pollo, o exclúyalo si es inferior a 2%
- Atención no remunerada —exclúyala

PIR*plus*

gubernamental, de una ONG o del empleador, eso no significa que no haya costos financieros asociados a la prestación de ese servicio. Se debe por lo tanto, recopilar datos de la entidad respecto de cuánto gastó para entregar dichos bienes o servicios.

- **Bienes donados**

  Otro ejemplo es la asistencia en especie de los donantes, tales como las vacunas o el equipo médico. En el caso de bienes donados, se utilizará el precio de mercado de un mismo o similar ítem para estimar el valor del bien donado.

- **Trueques**

  En muchos países en desarrollo, un proveedor de salud puede ser pagado a través de un sistema de trueque (por ejemplo, un pollo o granos). Esto es especialmente común en el caso de los curanderos. El contador de CNS puede monetarizar estas actividades buscando el valor de mercado del pollo o del ítem más comúnmente utilizado como trueque. Otra manera de poner un valor monetario es utilizar el precio pagado a los curanderos por los pacientes que le pagan con dinero. Si esta práctica no es muy común puede que no se ajuste a la "regla del 2 por ciento" y que deba ser excluida.

- **Atención no remunerada**

  Las actividades de atención de salud no remuneradas se refieren a la atención y los cuidados que le brindan los familiares a un individuo enfermo (GP: pág. 175, 12-22). Muchas veces estos ítems son muy significativos, por ejemplo la atención domiciliaria para los ancianos o para las personas con VIH/SIDA. Sin embargo, intentar capturar estos gastos puede ser muy demandante en términos de tiempo y retrasar el término de las CNS más allá de lo razonable. Adicionalmente, resulta difícil asignarle un valor monetario a estos servicios. En consecuencia, los gastos no remunerados por atención de salud generalmente no son incluidos en los gastos totales en salud capturados dentro del marco de las CNS.

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 15 y 16 anime el debate valiéndose de la información contenida en las Notas del Expositor.

Gastos de capital

Dos aspectos de la formación de capital deben incorporarse en la estimación de los gastos de salud: la formación bruta de capital fijo y el consumo (GP: 175, 12.19-12.21). El término "capital" se refiere a bienes que tienen una vida útil de más de 1 año, por ejemplo, los edificios, el equipamiento, los vehículos. Existen dos formas de capturar gastos de capital. Por

Gastos de capital

- Los bienes de capital tienen una vida útil de más de 1 año
- Edificios, equipos, vehículos
- Costo total el año en que fueron comprados

PIR plus

ejemplo, si el gobierno compra una máquina para sonogramas y factura la expansión de un hospital en el 2002, el monto total de este gasto será incluido en las CNS de 2002. La mayoría de los países en desarrollo calculan así los gastos de capital. La segunda forma consiste en "depreciar" el bien de capital. Esto significa calcular el valor de uso del bien de capital cada año. Valiéndonos del método más sencillo de depreciación como ejemplo, para un sonograma que cuesta $100.000 y que tiene una vida útil de cinco años, el gasto de depreciación sería de $20.000 cada año (1/5 del precio de compra). El contador de CNS incluiría los $20.000 de gasto de depreciación en las CNS. La mayoría de las empresas privadas se valen de la depreciación para contabilizar los gastos de capital. En la Unidad 4 se explica cómo se clasifican e incorporan en los cuadros de CNS los gastos de capital. Obsérvese que no es necesario preocuparse acerca de los gastos de capital en el sector privado con fines de lucro porque estos se reflejan en los precios que le cobran a sus pacientes.

Otros temas a considerar para determinar lo que se debe incluir

- Formación y consumo de capital fijo
  - Por ejemplo, los nuevos equipos o edificios deben ser incluidos el año en que se efectuó la compra.
  - Recomendación con respecto al consumo de capital: idealmente, el valor monetario debería distribuirse a lo largo de la vida útil del producto.
  - La formación de capital fijo para la atención de salud se captura por separado en las funciones relacionadas con la salud.

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 17 y 18 y anime el debate valiéndose de la información contenida en las Notas del Expositor.

V. Gastos relacionados con la salud

Además de los gastos "directos" de atención de salud, puede que un país decida incluir gastos en actividades relacionadas con la atención de salud que son importantes para efectos de la política nacional de salud (GP: pág. 21, 3.07-3.11) y Cuadro 3.1). Los gastos relacionados con la atención de salud se refieren a actividades que pueden traslaparse con otras disciplinas, como la educación, gastos "sociales" en general, investigación y desarrollo. Las actividades relacionadas con la salud pueden estar estrechamente vinculadas con la atención de salud en términos de operaciones, instituciones y personal, pero deben ser excluidas, en la medida de lo posible, cuando se miden actividades correspondientes a

Actividades RELACIONADAS con la atención de salud

- Deben distinguirse de las actividades de atención de salud DIRECTAS (las que han sido descritas hasta ahora)
- Pueden resultar importantes para los intereses políticos nacionales
- "Amplian" los límites del gasto en salud, por consiguiente no debe usarse una noción demasiada amplia de lo que puede relacionarse con la salud

Actividades RELACIONADAS con la atención de salud

- ¿En qué consiste una actividad RELACIONADA con la salud?
  - Una actividad que puede abarcar parte de otros campos de estudio, tales como la educación, el gasto "social" global, y la investigación y desarrollo
  - Puede tener estrechos vínculos con la atención de salud en términos de operaciones, instituciones y personal pero, en la medida de lo posible, no debe incluirse cuando se mide una actividad correspondiente a funciones de atención de salud DIRECTAS

funciones directas de atención de salud. Un ejemplo de actividad relacionada con la salud es el control de la calidad del agua potable, si su objetivo principal es eliminar infecciones debidas a la ingesta de agua insalubre. Otros ejemplos se incluyen en el Cuadro 3.1. Ahora bien, otras actividades, como la construcción de grandes sistemas de abastecimiento urbano de agua cuyo objetivo principal es mejorar el acceso urbano al agua no constituyen ni gastos directos ni indirectos, puesto que su objetivo principal no es mejorar la salud.

Cuadro 3.1 Actividades relacionadas con la atención de salud

Actividad	Incluida como relacionada con la salud	Difícilmente incluible como relacionada con la salud
Abastecimiento de agua e higiene	Control de la calidad del agua potable, construcción de reservas de agua para eliminar cuadros infecciosos relacionados con ésta	Construcción y mantenimiento de grandes sistemas urbanos de abastecimiento de agua cuyo objetivo principal es proveer de agua a la población urbana
Actividades de apoyo nutricional	Asistencia nutricional y programas de nutrición adicional para reducir la desnutrición infantil	Programas generales de almuerzos escolares y subsidios generales sobre los precios de los alimentos, cuyos objetivos principales son el apoyo al ingreso o la seguridad
Educación y formación	Investigación médica, educación médica, capacitación en el trabajo para los trabajadores paramédicos	Educación secundaria recibida por futuros médicos o trabajadores de la salud
Investigación	Investigación en servicios de salud para mejorar el desempeño de los programas	Investigación científica básica en biología y química

Fuente: GP: pág. 21, Cuadro 3.1.
Nota: Un punto importante en términos de preocupación política es la investigación nacional en productos farmacéuticos. Los contadores de la salud deben determinar si este ítem es de interés para los encargados de la elaboración de políticas. En caso de respuesta afirmativa, deben incluirlo.

Nota para los instructores

Divida la clase en grupos de no más de 5 personas. Cada grupo debe seleccionar un portavoz. Se le asignará una o dos preguntas a cada grupo para su discusión. Tras 20 minutos de debate interno, el grupo debe de generar conclusiones y tras un par de minutos adicionales en los que los grupos leerán en voz alta sus respectivas preguntas los portavoces de cada grupo presentarán y defenderán las respuestas de sus respectivos grupos.

Se puede argumentar en términos teóricos que muchas cosas están relacionadas con la salud: la alimentación, la vivienda, el empleo, la seguridad nacional, etc. Sin embargo, si se incluyen todos esos ítems, el informe de CNS será menos preciso y, por ende, menos útil como herramienta de política -por no mencionar, más difícil de realizar. Al igual que con otros aspectos de las CNS –marco temporal, monto del gasto, atención no remunerada, etc.- los equipos de CNS deben establecer límites

en materia de inclusión de las actividades relacionadas con la atención de salud.

Pregunta 4 para el debate

¿Su país incluirá alguna actividad relacionada con la atención de salud? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál(es)? ¿Por qué? (¿Cuál es el interés de política?)

Respuesta

Ahora que los participantes dominan los conceptos de gastos en salud, están listos para aprender y aplicar los códigos de clasificación establecidos en la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA, por sus siglas en inglés).

VI. Aplicación de esta Unidad

Una vez completada la presentación de las transparencias, el instructor debe destinar aproximadamente 30 minutos para debatir algunas de las preguntas relacionadas con los límites, aplicadas a un país ficticio. Estas preguntas tienen por objeto llevar a los participantes a considerar más de cerca si deben o no incluir determinadas actividades en las estimaciones de CNS. Se proveen algunas respuestas ilustrativas, recomendadas por la Guía para elaborar CNS. Ahora bien, en lugar de fijarse si las respuestas de los participantes coinciden con las que sugiere el Manual, el instructor debe prestar atención a las respuestas y los fundamentos de los participantes. En

definitiva, los equipos de CNS de los países tendrán que explicitar sus fundamentos cuando determinen los límites de los gastos en salud en sus propios países.

Ejercicios de aplicación sobre límites

Ejercicio 1 de definición funcional

La escasez de lluvias ha provocado que el río ManNa reduzca su caudal de manera significativa. Esta fuerte sequía ha hecho necesaria la construcción de infraestructura para el abastecimiento de agua y saneamiento y el establecimiento de un sistema de control del agua para medir la calidad de ésta. La sequía también ha incidido negativamente en las canastas alimentarias. El Ministerio de Salud ha establecido programas de nutrición a través de los cuales las madres embarazadas y los niños reciben alimentos y suplementos vitamínicos. Los organismos donantes también han proporcionado ayuda alimentaria. Los donantes incurren en gastos administrativos para ejecutar el programa de nutrición.

Indique qué gastos incluiría como gastos directos o gastos relacionados con la salud:

- ¿Infraestructura para el abastecimiento de agua y saneamiento?

Respuesta

No, esto no entra en la definición funcional de la salud, porque la construcción y el mantenimiento de los sistemas de abastecimiento urbano de agua tienen como objetivo principal distribuir el agua a la población.

- ¿Sistema de control para medir la calidad del agua?

Respuesta

Esto no entra en la definición funcional de un gasto directo en atención de salud pero puede ser considerado como un gasto relacionado con la atención de salud porque su objetivo principal es eliminar las enfermedades causadas por la contaminación de las aguas. Particularmente importante en términos de política de salud, puede ser incluido como gasto relacionado con la atención de salud.

- ¿Programas de ayuda alimentaria?

Respuesta

No, esto no cabe dentro de la definición funcional de la salud, porque su objetivo principal es eliminar el hambre y dar apoyo al ingreso, y no necesariamente mejorar la salud, que es uno de los efectos secundarios de los programas de ayuda alimentaria.

- ¿Suplementos vitamínicos?

Respuesta

Sí, aun cuando esto está fuera de la definición funcional de la salud, pero si es importante en términos de política, puede ser incluido como gasto relacionado con la atención de salud puesto que estos suplementos vitamínicos están destinados a la recuperación de personas con desnutrición aguda.

- ¿Costos administrativos de los donantes (oficina del donante en el país)?

Respuesta

No, porque la administración de los organismos donantes generalmente no tiene relevancia para el país. Los gastos de los donantes, tales como la contratación de personal local, no reflejan la realidad financiera local y por ende tienden a la sobreestimación de los costos.

Ejercicio 2 de definición funcional

El Banco Mundial ha entregado un préstamo de $3 millones a Susmania para la mejora de sus establecimientos de atención primaria de salud. ¿Se puede incluir este préstamo y sus intereses correspondientes como gasto en salud? Si fuera así, ¿qué entidades se considerarán como fuente de los fondos para el préstamo y/o los pagos de intereses?

Respuesta

Sí, se puede incluir el porcentaje del préstamo que es utilizado en el sector de la salud y el pago de intereses. Ahora bien, la fuente de este dinero no es el donante sino el Ministerio de Hacienda. Si el préstamo es de $3 millones, pero sólo se utiliza $1 millón, incluya sólo $1 millón para ese año. En ese caso también deben incluirse los pagos de intereses en el año en que éstos son acreditados, pero deben ser colocados en la categoría "otros" (acumulativo (devengado) y no en efectivo).

Ejercicio 3 de definición funcional

Las encuestas de hogares han revelado un importante uso de los servicios de los curanderos por parte de la población. Un estudio realizado por la asociación de médicos señala que la mayoría de los tratamientos utilizados por los curanderos no son efectivos. Como resultado de este estudio, la asociación médica está ofreciendo donaciones para mejorar la efectividad de los tratamientos que ofrecen los curanderos. La asociación médica también ofrece becas para los médicos practicantes interesados en trasladarse a las zonas rurales y trabajar con los curanderos. También como resultado de este estudio, el MDS está destinando algunos recursos para capacitar a su personal de manera que éste se sensibilice e incorpore a su práctica médica elementos de la cultura local.

Indique qué gastos incluiría ya sea como gastos directos o gastos relacionados con la salud:

- ¿Los gastos por tratamientos inefectivos administrados por los curanderos?

Respuesta

Sí, siempre y cuando el objetivo principal de comprar el tratamiento haya sido mejorar la propia salud, al margen de la efectividad del tratamiento.

- ¿Los gastos por concepto de hechizos y talismanes?

Respuesta

Esto se presta a discusión; ahora bien, muchos países han optado por incluir esto como gasto de salud. El argumento utilizado es que los talismanes y los hechizos son buscados para mejorar el propio bienestar o la salud en general.

- ¿Los pagos en especie (trueques) por los servicios?

Respuesta

Sí, pero los pagos en especie deben ser valorados en términos monetarios en su valor presente. Esto se hace generalmente yendo al mercado y averiguando el valor del bien intercambiado (por ejemplo, un pollo).

- ¿Las becas de investigación para estudiar los enfoques de trabajo de los curanderos?

Respuesta

Sí, esto puede incluirse como un gasto relacionado con la salud si el objetivo principal de la investigación es mejorar el desempeño del programa.

- ¿Las becas para las personas que trabajan con curanderos?

Respuesta

No, porque el objetivo principal de las becas es educar a los participantes y no directamente la atención de salud.

- ¿Los recursos para capacitar a personal del MDS?

Respuesta

Sí, esto puede ser incluido como un gasto relacionado con la atención de salud.

Ejercicio 1 sobre límites temporales

En Susmania las clínicas públicas remiten a sus pacientes a centros especializados cuando éstos requieren atención secundaria y terciaria. El Estado reembolsa al hospital por los servicios a través de una suma global que es pagada durante el siguiente año fiscal. En 2001, el hospital adquirió cinco máquinas para realizar diálisis y poder tratar a los pacientes adicionales referidos desde otros centros; el Estado reembolsa al hospital en 2002.

Indique qué gastos incluiría en las CNS para el año fiscal 2001:

- ¿Los gastos incurridos por el hospital en el año fiscal 2001 que son reembolsados al hospital durante el año fiscal 2002?

Respuesta

Sí, porque el servicio fue prestado en 2001. Las CNS utilizan el método acumulativo (o devengado) para definir sus límites temporales. (Los gastos operacionales incluyen la mano de obra, la electricidad, la solución salina, y otros insumos para operar las máquinas de diálisis).

- ¿Los costos operacionales de las máquinas para realizar diálisis?

Respuesta

Sí, esto será incluido como un gasto relacionado con la atención de salud.

- ¿La compra de cinco máquinas para realizar diálisis?

Respuesta

Esto puede ser incluido como una función relacionada con la atención de salud, clasificada bajo "HCR.1 Formación de capital para instituciones proveedoras de atención de salud".

Ejercicio 2 sobre límites temporales

Cada cinco años el MDS de Susmania realiza una encuesta a los hogares acerca del gasto y uso de servicios de atención de salud. Durante 2004, el equipo de CNS está realizando la primera ronda de CNS. Los datos disponibles sobre gastos corresponden al presente año, exceptuando los gastos directos de los hogares. Además de este dato desactualizado, sucede también que el tipo de cambio de la moneda de Susmania (el cruton) ha sido volátil, con grandes fluctuaciones en los mercados internacionales.

Indique qué gastos incluiría:

- ¿Los gastos directos de 2000? En caso de respuesta afirmativa, ¿de qué manera?

Respuesta

Sí, sobre la base de estimaciones de 2000, se extrapolan los gastos directos para el año 2004, utilizando las tasas anuales de inflación/deflación.

- ¿Qué tipo de cambio utilizaría (el de comienzos de 2004, fines de 2004, 2004, etc.) para convertir los crutones en dólares y poder hacer una comparación internacional?

Respuesta

La tasa de cambio promedio para 2004.

Ejercicio 1 sobre límites especiales

Sharmeen Scherzade es un empleado estatal y está afiliado al Programa Nacional de Seguros. Se le ha diagnosticado una enfermedad rara que afecta a los glóbulos rojos. No hay médicos ni centros de salud en su país a los que pueda recurrir para realizar el tipo de cirugía que requiere. Sharmeen es trasladada en avión al Royal College of Surgery Hospital, en Londres, para seguir un tratamiento. La operación es exitosa y se recupera, tras un costoso tratamiento postoperatorio. Su familia permanece tres meses con ella en Londres. Todos los gastos médicos son cubiertos por el Programa Nacional de Seguros en su país.

Indique qué gastos incluiría:

- ¿El pasaje aéreo de ida y vuelta a Londres de Shermeen y su familia?

Respuesta

Sí, porque el PNS está pagando los costos como un gasto en atención de salud. Obsérvese que las CNS incluyen el gasto de ciudadanos que se trasladan temporalmente al extranjero, sin importar si los gastos en atención de salud son pagados directamente por los usuarios o por el gobierno.

- ¿Los gastos de cirugía?

Respuesta

Sí.

- ¿Los gastos post operatorios?

Respuesta

Sí.

- ¿Los gastos de hospital?

Respuesta

Sí.

- ¿Los honorarios de los doctores?

Respuesta

Sí.

- ¿Los gastos de estadía de la familia en Londres?

Respuesta

No, porque esto no es un costo directo en atención de salud, puesto que la familia habría igualmente tenido que incurrir en gastos cotidianos, al margen del lugar en que se encuentre.

Ejercicio 2 sobre límites espaciales

La existencia de una buena infraestructura médica, doctores altamente calificados y personal de salud eficiente han transformado a Susmania en un destino natural para el turismo médico. De hecho, el gobierno local ha estado desarrollando estrategias para atraer turistas médicos de los países vecinos. En ese esquema, el MDS subsidia los gastos de estadía para las familias de los pacientes, se han establecido redes financieras efectivas para facilitar los pagos de las cuentas de hospital, etc.

Indique qué gastos incluiría:

- ¿Los gastos en salud incurridos por los extranjeros en Susmania?

Respuesta

No, porque esto no cabe dentro de la definición de límite espacial. Sin embargo, los gastos pueden incluirse como un addendum si el país desea llevar un registro de este dato para efectos de su política de salud.

- ¿El alojamiento subsidiado para los miembros de la familia de los turistas médicos?

Respuesta

No, porque esto tampoco cabe dentro de la definición de límite especial, no tiene relevancia para la política del país y el monto es inferior al umbral recomendado del 2 por ciento.

Ejercicio 3 sobre límites espaciales

En el vecino país de Dekar menos del 1 por ciento de los gastos totales en salud corresponde a extranjeros y el MDS no tiene interés en desarrollar allí la industria del turismo médico.

Indique qué gastos incluiría:

- ¿Gastos en salud incurridos por los extranjeros en Dekar?

Respuesta

No, porque estos gastos escapan a la definición de límite espacial, no tienen relevancia para la política del país y el monto es inferior al umbral recomendado del 2 por ciento.

Referencias

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). 2000. *A System of Health Accounts*. Capítulos 1, 3, 5, 9, 10, y 11. París: OECD (en el NHA Resources CD)

Triplett, J.E. 1999. *What's Different about Health? Human Repair and Car Repair in National Accounts and in National Health Accounts.* Rotterdam: International Symposium sobre Cuentas nacional de Salud, Junio 4-5, 1999.

Organización Mundial de la Salud. Mayo 2001. "Principles of the Systems of Health Accounts." Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, y Agencia de los EE. UU. para el Desarrollo Internacional. 2003. *Guide to producing national health accounts with special application for low-income and middle-income countries*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. 2000. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (en el NHA Resources CD)

Unidad 3
Presentación de transparencias

1

PHR*plus*

Unidad 3:
Definir gastos y límites para las CNS

USAID

El proyecto PHR*plus* está financiado por la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivos de aprendizaje

- Entender en qué consisten los gastos en salud
- Familiarizarse con la definición funcional y los límites espaciales y temporales relativos a los gastos en salud
- Tener la capacidad de capturar datos apropiados y precisos sobre los costos asociados con la atención de salud en su país

PHR*plus*

3

Medición de los gastos en salud

El equipo de CNS debe entender claramente:

- ¿En qué consiste un "gasto"?
- ¿Cómo definimos la salud?
- El límite ESPACIAL de los gastos en salud
- El límite TEMPORAL de los gastos en salud

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Antes de leer la transparencia, el instructor deberá comenzar por señalar que "determinar qué cosas medir y qué cosas no medir para estimar los gastos en salud es un paso crítico a la hora de elaborar CNS".

Para determinar qué cosas medir y qué cosas no medir, los analistas nacionales deberán considerar tanto las condiciones inherentes a sus propios países como las ventajas de poder comparar estos datos con los de otros países.

4

La importancia de definir CLARAMENTE los gastos en salud

- Reduce al mínimo las variaciones entre estimaciones de gastos
- Facilita las comparaciones entre países (lo que requiere definiciones claras desde el ámbito nacional que sean compatibles con las normas internacionales)

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 1. Sin una definición clara, es fácil encontrar lagunas en un estudio de CNS, lo que reduce su credibilidad y fiabilidad.

Punto 2. Por ejemplo, debido a la falta de una definición clara, algunos países trataron toda la atención curativa como atención hospitalaria. Esta aproximación es claramente errónea. La atención curativa puede ser ambulatoria o corresponder a una estadía de un día en un establecimiento hospitalario. Claramente, esta presunción produjo una sobreestimación de los costos totales de los países en atención hospitalaria.

5

¿En qué consiste un gasto?

"Mide en términos monetarios el valor de consumo de los bienes y servicios de interés", esto es:

¿Cuánto se gastó en un servicio o producto específico?

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 2. Enfatice el "uso del pasado" de gastar.

6

¿En qué consisten las actividades de atención de salud?

- **La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades**
- **La curación de las patologías y la reducción de la mortalidad prematura**
- **La provisión de cuidados a las personas con enfermedades crónicas**
- **La provisión de cuidados a las personas con deficiencias, incapacidades o discapacidades relacionadas con la salud**
- **La asistencia a los pacientes para una muerte digna**
- **La provisión y administración de la salud publica**
- **La provisión y administración de programas de salud, de seguros de salud y otros mecanismos de financiamiento**

NOTAS DEL EXPOSITOR

Las CNS no distinguen entre actividades de salud efectivas e inefectivas. El objetivo –y no el resultado- de la actividad es lo importante.

¿Y qué sucede (pregunte a la clase) con: la atención de salud en las cárceles, prestada y financiada por el Ministerio de Justicia (sí)? ¿la eliminación de jeringas y guantes usados en una clínica (sí: salud ambiental)? etc.

7

¿En qué consiste la atención de salud?

- Son las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento o mejoramiento de la salud en un país durante un periodo de tiempo definido.
  - Las CNS recurren a una definición FUNCIONAL
    - Se pone el énfasis en las "actividades" orientadas a la atención de salud INDEPENDIENTEMENETE de la institución/entidad proveedora o financiadora
    - ¿Cual es el objetivo esencial de la actividad?

- Nota: la definición del SCS se restringe a las actividades basadas en la "tecnología médica".
- Las CNS amplian el espectro e incluyen a los gastos relacionados con proveedores de atención de salud informales y posiblemente ilegales, inclusive los proveedores no tradicionales.

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 2. Por ello, se incluye a las entidades "que no pertenecen al sector salud". Por ejemplo, antes de la adopción de las CNS, el gasto incurrido por el MDS en los hospitales universitarios era excluido de las estimaciones sobre gasto total en salud. Ahora se incluye. De la misma manera, no todas las actividades realizadas pro el MDS necesariamente caen dentro de la definición de gasto de salud. Por ejemplo, el MDS puede contribuir a financiar hogares de menores. Puesto que el objetivo principal de los hogares de menores no es mejorar la salud sino proporcionarle un hogar a los huérfanos, las CNS de salud excluyen este gasto no de salud. También sucede a veces que el MDS financia los hogares de ancianos, pero esto tampoco cae dentro de la definición de atención de salud.

Punto 3. Para decidir si algo es una actividad de atención de salud, formule la siguiente pregunta: "¿Cuál es el objetivo básico?"

8

Definición CNS de los gastos en atención de salud "directos"

- Todos los gastos por concepto de actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento o mejoramiento de la salud en un país durante un período de tiempo definido

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

En futuras transparencias, el instructor debatirá lo que puede hacerse con actividades que son "relacionadas con la salud", es decir que mejoran indirectamente la atención de salud (por ejemplo, los servicios de saneamiento). Generalmente se excluyen estas actividades. Ahora bien, si en el contexto de la política de un país estas actividades son parte del sector de la salud, pueden ser consideradas como "relacionadas con la salud".

9

Definición de un límite espacial para los gastos en salud

- **No limitados a la actividad desarrollada dentro de las fronteras del país.**
  - INCLUYEN los gastos en salud de los ciudadanos y residentes que se encuentran temporalmente fuera del país.
  - EXCLUYEN los gastos en atención de salud de los extranjeros en el país considerado (suelen ser irrelevantes para los encargados de políticas).
  - INCLUYEN los gastos de los donantes (ya sea en dinero o en especies) cuyo objetivo esencial es la producción de bienes y servicios de salud y relacionados con la salud en un país.
  - EXCLUYEN los gastos de los donantes en la planificación y administración de dicho apoyo a la atención de salud.

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

"Un límite a lo que un gasto de salud puede incluir".

Subpunto1. Kenia quiso establecer un registro de este punto porque muchos ciudadanos viajan a otros países en busca de un tratamiento de VIH/SIDA.

Subpunto 2. En algunos países -por ejemplo, Jordania- el turismo médico es una importante industria. Aun cuando estos gastos caen fuera del límite espacial de los gastos de salud, los gastos en turismo médico pueden ser considerados como un ítem externo a las CNS básicas. Esto permitiría responder a las necesidades de políticas sin perder la comparabilidad internacional.

Subpunto 4. Excluye la asistencia de los donantes, por ejemplo, personal de la embajada que informa acerca de las actividades del programa al país donante.

10

Definir un límite temporal

- **Debe especificarse si se considera el año fiscal o año calendario**
- **Las CNS se basan en un método *acumulativo,* vale decir:**
  - Los bienes y servicios son contabilizados el mismo año en que fueron proporcionados, en vez de serlo cuando se pagan efectivamente

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

¿Durante qué período de tiempo debieran mantenerse un registro de los gastos?

Para los cursos nacionales, el instructor puede preguntar; ¿Qué período de tiempo se considera en este país?

Acumulativo (devengado) versus flujo de efectivo: Si el pago por el servicio es efectuado al año siguiente de haber sido realizado el servicio, el gasto deberá figurar en el año fiscal en que se efectuó.

11

Criterios para incluir gastos en salud en las CNS (1/2)

- **El umbral del 2% (regla general)**
  - Incluir un gasto si éste representa más del 2% del gasto total en salud
- **Relevancia política**
  - En caso de duda, incluir aquellos gastos que son de especial importancia para los encargados de políticas

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

El umbral de 2% ha sido recomendado por los expertos internacionales: si se estima que un gasto será equivalente a menos del GTS, no vale la pena dedicarle más tiempo y esfuerzo para determinarlo. Montos tan pequeños no tienen ninguna relevancia política. Por ejemplo, en un país africano donde PHR brindó asesoría técnica, el equipo de CNS deliberó durante un cierto tiempo acerca de la conveniencia y la forma de capturar los costos de las “máscaras de ventilación” utilizadas en los hospitales. Finalmente, el equipo se vio confrontado a la pregunta de si valía efectivamente la pena tratar de capturar este dato y si era relevante en términos de política de salud.

12

Criterios de medición de los gastos en salud en las CNS

- **Transparencia**
  - **Documentar claramente todas las hipótesis y los cálculos que aparecen en el informe de CNS**
- **Compatibilidad internacional**
  - **Para determinar "¿cómo nos comparamos con otros?"**
- **Viabilidad de la medición**
  - **Debe permitir medir el gasto del plazo y con los recursos establecidos por su país**

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 1: Contabilidad internacional: se debe documentar claramente cuando se parte de estos estándares para abordar problemáticas propias de un país

También es importante que el ejercicio de CNS sea congruente con la contabilidad nacional de cada país.

Punto 3: Tal vez sea pertinente que el instructor señale que para obtener un informe de CNS que sea metodológicamente impecable se puede llegar a necesitar dos años de trabajo. Podría ocurrir que al momento de completar el estudio los datos ya estén obsoletos o no sean relevantes en términos de política. Hay que siempre tener en cuenta este equilibrio entre tiempo y calidad. Mencionar la importancia de evitar la “parálisis por el análisis”. Esto es, es más importante producir resultados de CNS de manera oportuna aunque quizás sin mucho detalle que esperar a tener todas las celdas de todos los cuadros para informar a los tomadores de decisión.

13

Temas a considerar al medir los gastos en salud

- Utilice el precio final de mercado en el sector privado con fines de lucro
  - Clínicas privadas: Ingresos de la clínica, no ingresos de los proveedores de la clínica
  - Hospitales privados: Ingresos del hospital, no ingresos de los proveedores del hospital
  - Medicamentos: Ingresos de las farmacias minoristas, no de los fabricantes o distribuidores de medicamentos

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

Producción de mercado: fácil porque los productores de mercado tienen que cubrir todos sus gastos intermedios, incluidos los laborales (sueldos), bienes de capital utilizados y gastos de mantenimiento.

14

¿Que Hacer Cuando no Hay Precio de Mercado?

- Bienes y servicios de salud gratuitos —obtenga la fecha de gasto de la entidad
- Bienes donados —utilice el precio de mercado del ítem que ha sido donado
- Bienes y servicios de salud gratuitos —obtenga la fecha de gasto de la entidad
- Bienes permutados —utilicé el precio de mercado del pollo, o exclúyalo si es inferior a 2%
- Atención no remunerada —exclúyala

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

No de mercado se refiere a aquellas entidades que producen atención de salud a un costo cero subsidiado.

Por ejemplo, cuando los donantes entregan asistencia en especie, como son las vacunas o el equipo médico , el precio de mercado de esos bienes en el país receptor debe ser utilizado para estimar el costo total.

15

Gastos de capital

- Los bienes de capital tienen una vida útil de más de 1 año
- Edificios, equipos, vehículos
- Costo total el año en que fueron comprados

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

Subpunto 2. Una vez más, considere el factor tiempo. Si su intención es capturar esta actividad, será difícil completar las CNS en un plazo razonable.

Para su información: México está tratando de capturar este ítem para fines de determinar la inversión física de los estados. Este punto es de relevancia política ya que el monto de gasto estatal se contabiliza para fines de las obligaciones que deben cubroir los estados en el nuevo Sistema de Protección Social en Salud.

16

Otros temas a considerar para determinar lo que se debe incluir

- Formación y consumo de capital fijo
  - Por ejemplo, los nuevos equipos o edificios deben ser incluidos el año en que se efectuó la compra.
  - Recomendación con respecto al consumo de capital: idealmente, el valor monetario debería distribuirse a lo largo de la vida útil del producto.
  - La formación de capital fijo para la atención de salud se captura por separado en las funciones relacionadas con la salud.

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

Subpunto 2. El consumo de capital se refiere a la estimación del valor de uso de los activos de capital. El valor del capital fijo es usado parcialmente durante el año de su compra; sin embargo, ese ítem, supongamos una máquina para hacer diálisis, tiene una cierta vida útil. En consecuencia, idealmente, el valor monetario debería distribuirse a lo largo de toda la vida útil del producto. Por ello, el equipo de CNS debería idealmente estimar la depreciación cargada sobre el producto. Pero puede que esto no sea práctico en la mayoría de los países en desarrollo.

17

Actividades RELACIONADAS con la atención de salud

- Deben distinguirse de las actividades de atención de salud DIRECTAS (las que han sido descritas hasta ahora)
- Pueden resultar importantes para los intereses políticos nacionales
- "Amplian" los límites del gasto en salud, por consiguiente no debe usarse una noción demasiada amplia de lo que puede relacionarse con la salud

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor puede mencionar aquí que conceptualmente muchas cosas están relacionadas con la salud, incluidos la alimentación, el alojamiento, el empleo y la seguridad nacional. Pero si se incluye todo lo relacionado con la salud, las CNS dejarán de ser una herramienta útil para la elaboración de políticas y se transformarán en una labor sin límites.

18

Actividades RELACIONADAS con la atención de salud

- ¿En qué consiste una actividad RELACIONADA con la salud?
  - Una actividad que puede abarcar parte de otros campos de estudio, tales como la educación, el gasto "social" global, y la investigación y desarrollo
  - Puede tener estrechos vínculos con la atención de salud en términos de operaciones, instituciones y personal pero, en la medida de lo posible, no debe incluirse cuando se mide una actividad correspondiente a funciones de atención de salud DIRECTAS

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor deberá especificar que la calificación de "actividad de salud" o "actividad relacionada con la salud" dependerá en última instancia de cada país. Eso sí, las definiciones y distinciones deben ser rigurosamente fundamentadas.

19

Ejemplos de actividades RELACIONADAS con la salud

Tipo de actividad	Incluido como relacionado con la salud	No susceptible de ser incluido como relacionado con la salud
Provisión de agua y actividades higiénicas	*Control de calidad del agua potable;* **construcción de infraestructuras de protección del agua para eliminar las enfermedades relacionadas**	*Construcción y mantenimiento de grandes sistemas urbanos de provisión de agua cuyo objetivo esencial es el acceso al agua de la población urbana*
Actividades de apoyo para la nutrición	**Programa** *de asesoría en nutrición y alimentación suplementaria* **para reducir la malnutrición infantil**	*Programas generales de almuerzos escolares y subsidios generales a los precios alimentarios* **cuyos objetivos esenciales son la mejora y la seguridad del ingreso**
Educación y capacitación	*Investigación médica, educación médica, y capacitación interna para los empleados paramédicos*	*Educación secundaria recibida por los futuros médicos o trabajadores de la salud*
Investigación	*Investigación sobre servicios de salud para una mayor eficiencia de los programas**	*Investigación* **en biología y química**

* Desde este punto de vista, la investigación nacional sobre medicamentos y productos farmacéuticos constituye un ámbito ambivalente que merece la atención. Los contadores de salud deben determinar si dicho ítem es importante para los encargados de políticas. Si fuera el caso, podría ser incluido en HCR 3.

PI R*plus*

20

Ejercicio sobre los Límites

- **Dividir el curso en pequeños grupos (20 minutos)**
  - Grupo 1: Discutir y justificar la respuesta de su grupo a la pregunta 1
  - Grupo 2: Discutir y justificar las respuestas de su grupo a las preguntas 2 y 3
  - Grupo 3: Discutir y justificar la respuesta de su grupo a las preguntas 4 y 5
  - Grupo 4: Discutir y justificar la respuesta de su grupo a las preguntas 6 y 7
- **Elegir un portavoz encargado de reportar los resultados al resto del curso**
- **Presentar y discutir**

PI R*plus*

NOTAS DEL EXPOSITOR

Talleres de capacitación nacionales y regionales: el instructor puede dividir la clase en grupos de 5 personas (como máximo) para debatir una de las preguntas (aproximadamente 20 minutos). Se debe distribuir bien el tiempo de modo que el portavoz de cada grupo pueda leer y defender las respuestas de su grupo. Antes de cada presentación, deje un poco de tiempo para que los otros grupos puedan leer las preguntas que no abordaron. Las presentaciones y el debate final deberán tomar aproximadamente 30 minutos.

21

Temas relacionados con los límites geográficos específicos de las ARS

- ¿Cuáles serán los límites geográficos para las regiones de su país?
  - **¿Se definirán de acuerdo al lugar de residencia de los beneficiarios?**
    - Reflejan las diferencias entre patrones regionales de USO de los servicios de salud.
  - **¿Se definirán de acuerdo al lugar donde los gastos ocurren efectivamente?**
    - En este caso, se refleja el USO de los fondos por parte de las autoridades regionales de salud

PI R*plus*

Unidad 3 - Ejercicios

Pregunta 1a para el debate

Indique si los gastos en las siguientes actividades de atención de salud debieran incluirse en las CNS. Justifique su respuesta.

La atención de salud en las cárceles prestada y financiada por el Ministerio de Justicia

Respuesta

Pregunta 1b para el debate

¿La eliminación de jeringas y guantes usados en una clínica de salud?

Respuesta

Pregunta 2a para el debate

¿Cuál es el límite espacial de su país con respecto a las CNS? Justifique su respuesta.

¿Incluirá el gasto en salud por concepto de atención de salud a los extranjeros?

Respuesta

Pregunta 2b para el debate

¿Qué gastos de los donantes incorporará en sus CNS? Por ejemplo, ¿excluirá todos los costos por concepto de asistencia administrativa y extranjera?

Respuesta

Pregunta 3a para el debate

¿Cuál es el límite temporal de su país con respecto a las CNS?

Respuesta

Pregunta 3b para el debate

¿Entre qué fechas estimará usted los gastos de las CNS en esta ronda de CNS?

Respuesta

Pregunta 4 para el debate

¿Su país incluirá alguna actividad relacionada con la atención de salud? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál(es)? ¿Por qué? (¿Cuál es el interés de política?)

Respuesta

Ejercicios de aplicación sobre límites

Ejercicio 1 de definición funcional

La escasez de lluvias ha provocado que el río ManNa reduzca su caudal de manera significativa. Esta fuerte sequía ha hecho necesaria la construcción de infraestructura para el abastecimiento de agua y saneamiento y el establecimiento de un sistema de control del agua para medir la calidad de ésta. La sequía también ha incidido negativamente en las canastas alimentarias. El Ministerio de Salud ha establecido programas de nutrición a través de los cuales las madres embarazadas y los niños reciben alimentos y suplementos vitamínicos. Los organismos donantes también han proporcionado ayuda alimentaria. Los donantes incurren en gastos administrativos para ejecutar el programa de nutrición.

Indique qué gastos incluiría como gastos directos o gastos relacionados con la salud:

- ¿Infraestructura para el abastecimiento de agua y saneamiento?

Respuesta

- ¿Sistema de control para medir la calidad del agua?

Respuesta

- ¿Programas de ayuda alimentaria?

Respuesta

- ¿Suplementos vitamínicos?

Respuesta

- ¿Costos administrativos de los donantes (oficina del donante en el país)?

Respuesta

Ejercicio 2 de definición funcional

El Banco Mundial ha entregado un préstamo de $3 millones a Susmania para la mejora de sus establecimientos de atención primaria de salud. ¿Se puede incluir este préstamo y sus intereses correspondientes como gasto en salud? Si fuera así, ¿qué entidades se considerarán como fuente de los fondos para el préstamo y/o los pagos de intereses?

Respuesta

Ejercicio 3 de definición funcional

Las encuestas de hogares han revelado un importante uso de los servicios de los curanderos por parte de la población. Un estudio realizado por la asociación de médicos señala que la mayoría de los tratamientos utilizados por los curanderos no son efectivos. Como resultado de este estudio, la asociación médica está ofreciendo donaciones para mejorar la efectividad de los tratamientos que ofrecen los curanderos. La asociación médica también ofrece becas para los médicos practicantes interesados en trasladarse a las zonas rurales y trabajar con los curanderos. También como resultado de este estudio, el MDS está destinando algunos recursos para capacitar a su personal de manera que éste se sensibilice e incorpore a su práctica médica elementos de la cultura local.

Indique qué gastos incluiría ya sea como gastos directos o gastos relacionados con la salud:

- ¿Los gastos por tratamientos inefectivos administrados por los curanderos?

Respuesta

- ¿Los gastos por concepto de hechizos y talismanes?

Respuesta

- ¿Los pagos en especie (trueques) por los servicios?

Respuesta

- ¿Las becas de investigación para estudiar los enfoques de trabajo de los curanderos?

Respuesta

- ¿Las becas para las personas que trabajan con curanderos?

Respuesta

- ¿Los recursos para capacitar a personal del MDS?

Respuesta

Ejercicio 1 sobre límites temporales

En Susmania las clínicas públicas remiten a sus pacientes a centros especializados cuando éstos requieren atención secundaria y terciaria. El Estado reembolsa al hospital por los servicios a través de una suma global que es pagada durante el siguiente año fiscal. En 2001, el hospital adquirió cinco máquinas para realizar diálisis y poder tratar a los pacientes adicionales referidos desde otros centros; el Estado reembolsa al hospital en 2002.

Indique qué gastos incluiría en las CNS para el año fiscal 2001:

- ¿Los gastos incurridos por el hospital en el año fiscal 2001 que son reembolsados al hospital durante el año fiscal 2002?

Respuesta

- ¿Los costos operacionales de las máquinas para realizar diálisis?

Respuesta

- ¿La compra de cinco máquinas para realizar diálisis?

Respuesta

Ejercicio 2 sobre límites temporales

Cada cinco años el MDS de Susmania realiza una encuesta a los hogares acerca del gasto y uso de servicios de atención de salud. Durante 2004, el equipo de CNS está realizando la primera ronda de CNS. Los datos disponibles sobre gastos corresponden al presente año, exceptuando los gastos directos de los hogares. Además de este dato desactualizado, sucede también que el tipo de cambio de la moneda de Susmania (el cruton) ha sido volátil, con grandes fluctuaciones en los mercados internacionales.

Indique qué gastos incluiría:

- ¿Los gastos directos de 2000? En caso de respuesta afirmativa, ¿de qué manera?

Respuesta

- ¿Qué tipo de cambio utilizaría (el de comienzos de 2004, fines de 2004, 2004, etc.) para convertir los crutones en dólares y poder hacer una comparación internacional?

Respuesta

Ejercicio 1 sobre límites especiales

Sharmeen Scherzade es un empleado estatal y está afiliado al Programa Nacional de Seguros. Se le ha diagnosticado una enfermedad rara que afecta a los glóbulos rojos. No hay médicos ni centros de salud en su país a los que pueda recurrir para realizar el tipo de cirugía que requiere. Sharmeen es trasladada en avión al Royal College of Surgery Hospital, en Londres, para seguir un tratamiento. La operación es exitosa y se recupera, tras un costoso tratamiento postoperatorio. Su familia permanece tres meses con ella en Londres. Todos los gastos médicos son cubiertos por el Programa Nacional de Seguros en su país.

Indique qué gastos incluiría:

- ¿El pasaje aéreo de ida y vuelta a Londres de Shermeen y su familia?

Respuesta

- ¿Los gastos de cirugía?

Respuesta

- ¿Los gastos post operatorios?

Respuesta

- ¿Los gastos de hospital?

Respuesta

- ¿Los honorarios de los doctores?

Respuesta

- ¿Los gastos de estadía de la familia en Londres?

Respuesta

Ejercicio 2 sobre límites espaciales

La existencia de una buena infraestructura médica, doctores altamente calificados y personal de salud eficiente han transformado a Susmania en un destino natural para el turismo médico. De hecho, el gobierno local ha estado desarrollando estrategias para atraer turistas médicos de los países vecinos. En ese esquema, el MDS subsidia los gastos de estadía para las familias de los pacientes, se han establecido redes financieras efectivas para facilitar los pagos de las cuentas de hospital, etc.

Indique qué gastos incluiría:

- ¿Los gastos en salud incurridos por los extranjeros en Susmania?

Respuesta

- ¿El alojamiento subsidiado para los miembros de la familia de los turistas médicos?

Respuesta

Ejercicio 3 sobre límites espaciales

En el vecino país de Dekar menos del 1 por ciento de los gastos totales en salud corresponde a extranjeros y el MDS no tiene interés en desarrollar allí la industria del turismo médico.

Indique qué gastos incluiría:

- ¿Gastos en salud incurridos por los extranjeros en Dekar?

Respuesta

4

Unidad 4
Entender las clasificaciones y el marco de trabajo de las CNS

Nota para los instructores

La presente Unidad vuelve a tratar ciertos tópicos que fueron abordados en las Unidades 1 y 2. Al iniciar cada sección de la unidad, el instructor deberá solicitar a los participantes que describan brevemente lo que recuerdan sobre determinados temas –el Sistema de Cuentas de Salud (SCS, llamado SHA en inglés (*System of Health Accounts*) el origen de las CNS, las principales clasificaciones de las CNS– antes de guiarlos a través de la presentación más detallada de cada tema y de los ejercicios correspondientes.

La presentación de transparencias que acompaña la presente unidad está dividida en cuatro secciones:

4a: Entender las clasificaciones y los cuadros

4b: Clasificar las Fuentes de financiamiento y los Agentes financiadores

4c: Identificar y clasificar los Proveedores y las Funciones de atención de salud

4d: Elaborar y leer los cuadros

Duración

Capacitación regional:

90 minutos para la presentación de FS y HF y los ejercicios.

180 minutos para la presentación de HP y HC y los ejercicios.

Capacitación nacional:

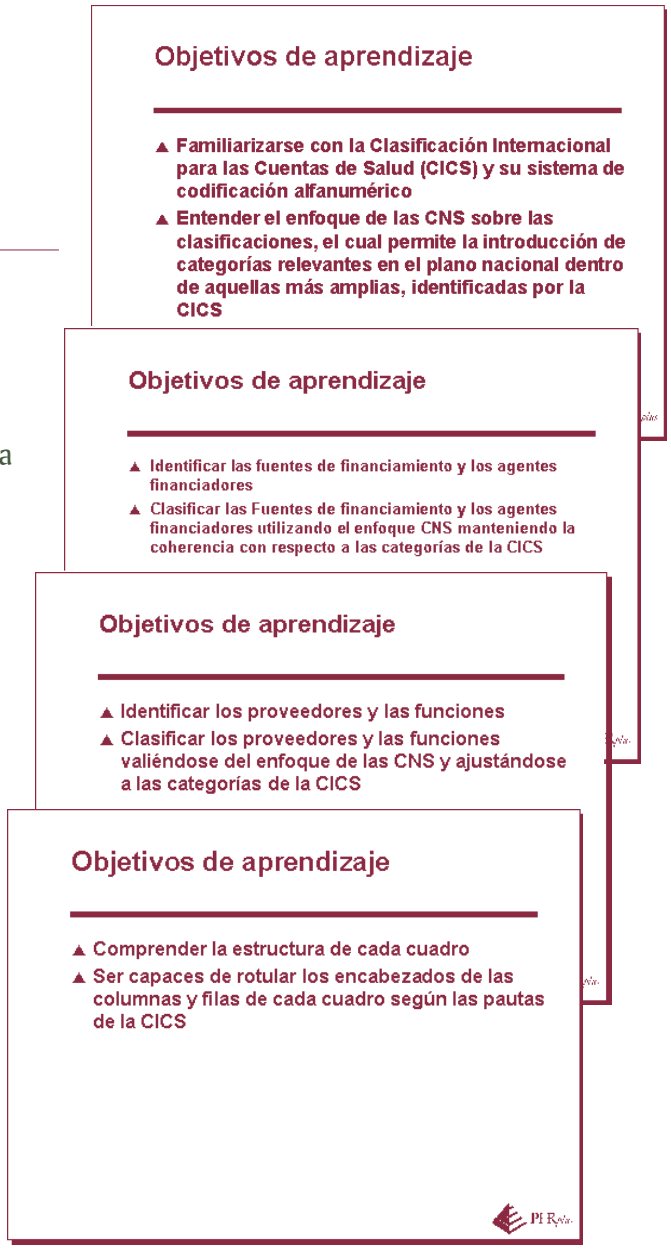
180 minutos para la presentación de FS y HF y los ejercicios

180 minutos para la presentación de HP y HC y los ejercicios.

Objetivos de aprendizaje

Al término de esta Unidad, los participantes:

- Estarán familiarizados con la Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud (CICS) y su sistema de codificación
- Entenderán el enfoque de las CNS respecto de las clasificaciones, el cual permite la introducción de categorías relevantes en el plano nacional dentro de aquellas, más amplias, identificadas por la CICS
- Podrán identificar y clasificar las fuentes de financiamiento y los agentes financiadores
- Podrán identificar y clasificar los proveedores y las funciones
- Entenderán la estructura de cada cuadro



- Serán capaces de elaborar los cuadros y definir los encabezados de filas y columnas utilizando el sistema de codificación de la CICS

Contenido

- Resumen general sobre la Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud.
- El enfoque de las CNS sobre las clasificaciones: flexibilidad para responder a las necesidades de los países.
- Clasificaciones para las fuentes de financiamiento.
- Clasificaciones para los agentes financiadores.
- Clasificaciones para los proveedores.
- Clasificaciones para las funciones.
- Elaboración de los cuadros.

Ejercicios

- Identificar y clasificar las fuentes de financiamiento, los agentes financiadores, los proveedores y las funciones.

I. La clasificación internacional para las cuentas de salud

El instructor puede empezar esta unidad recordando a los participantes que la "matriz" de las CNS es la Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (GP: pág. 5, 1.22; pág. 6, Recuadro 1.1)

Mencionar que esta clasificación se base a su vez en oras clasificaciones utilizadas a nivel internacional, por ejemplo la CIIU, la SCIAN,etc., lo que permite cruzar la información de CNS con otros datos de producción de otros sectores a nivel nacional e internacional.

¿En que consiste la Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud (CICS)?

- Describe las principales dimensiones de los gastos en salud (por ejemplo, agentes financiadores, proveedores y funciones)— en términos de CATEGORIAS con CARACTERISTICAS COMUNES
- Por ejemplo, las fuentes de financiamiento pueden dividirse en las siguientes categoría
  - Fondos públicos
  - Fondos privados
  - Fondos provenientes del resto del mundo

Cada cuadro clasifica las entidades de atención de salud de acuerdo a la CICS. Este esquema de clasificación describe las principales dimensiones de un sistema de atención de salud (esto es, las fuentes de financiamiento, los agentes financiadores, los proveedores y las funciones) en términos de categorías cuyos contenidos poseen rasgos comunes. Por ejemplo, las fuentes de financiamiento de salud podrían dividirse en las siguientes categorías: "fondos públicos",

Nota para los instructores

Repase con los participantes la lista de los nombres de la CICS por subcategorías con sus respectivos códigos. Una lista más completa de las clasificaciones de la CICS puede consultarse en "*A System of Health Accounts*" (OCDE, 2000).

Cronología de capacitación: se recomienda realizar la presentación de transparencias de esta unidad en dos sesiones de 45 minutos, la primera sobre las fuentes de financiamiento y los agentes financiadores (subsecciones III y IV), la segunda sobre los proveedores y las funciones (V y VI).

"fondos privados" y "fondos provenientes del resto del mundo". Con dichas categorías, la CICS ofrece un vocabulario común que permite a los países describir a los financiadores, a los compradores y a los usuarios de la atención de salud así como los mismos servicios de salud. Al utilizar una norma aceptada a escala internacional, los países pueden comparar el rendimiento de su sistema de salud con los de otras naciones.

Enfoque de la CICS: Principales categorías

- **Empiezan por un código alfabético**
  - "Fuentes de financiamiento" anotadas "FS"
  - "Agentes financiadotes" anotados "HF"
  - "Proveedores de Salud" anotados "HP"
  - "Funciones de Atención de Salud" anotadas "HC"

Cada clasificación y categoría de la CICS (y de la CNS) tienen un código. Se usan unas letras para codificar las cuatro clasificaciones principales utilizada para las CNS:

- Las fuentes de financiamiento de los gastos de salud reciben el código FS[2]
- Los agentes financiadores reciben el código HF
- Los proveedores de salud reciben el código HP
- Las funciones de atención de salud reciben el código HC

Nota para los instructores

Se debe enfatizar que el equipo tiene que hacer cuanto sea posible para memorizar al menos los dos primeros niveles (código de dos dígitos) de una categoría de la CICS antes de agregar subcategorías.

El enfoque de la CICS: Especificar las entidades dentro de las principales categorías

1. **Agregar subclasificaciones:**
   - Los primeros dos números del código deben corresponder a las categorías CICS.
   - Los números que siguen son "nuevos" y siguen la clasificación por "subcategorías" relevantes en el plano nacional

La CICS desglosa estas categorías amplias en entidades más específicas, tales como los "fondos públicos", designadas por un código alfanumérico. Por lo tanto, en los encabezados de filas y columnas de cada cuadro de CNS, las subcategorías figuran de la siguiente manera:

- En primer lugar, el código alfabético de las principales categorías de la CICS, por ejemplo, "FS" para Fuentes de financiamiento
- Luego, su código numérico, por ejemplo, "FS.1"
- Y finalmente, su nombre en la CICS, por ejemplo, "FS.1 Fondos públicos"

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 5 a 12 de la presentación 4(a), refiérase a las notas y discuta los puntos más importantes.

Nota para los instructores

A lo largo de esta sección, el instructor deberá enfatizar el fuerte vínculo que existe entre el enfoque de CNS y el del Sistema de Cuentas de Salud y su esquema de clasificación internacional.

[2] This category was not initially included in the ICHA scheme, but is an additional classification developed for use in NHA exercises.

II. El enfoque de la CICS respecto de las clasificaciones: Flexibilidad para responder a las necesidades del país

El enfoque de las CNS respecto de las Clasificaciones

- Las CNS están basadas en el enfoque del SCS (es decir, la CICS)
- Las CNS utilizan las clasificaciones CICS pero permiten agregar "subcategorías" para dar cuenta de características únicas propias de las estructuras de atención de salud de los países

El enfoque de las CNS: las clasificaciones deben cumplir con ciertos criterios

- En la medida de lo posible, deben respetarse las normas y convenciones internacionales existentes (como la CICS)
  - PERO también se recomienda ser flexible para responder a necesidades POLITICAS especificas del análisis nacional.
- Por lo tanto, se pueden introducir categorías nacionales relevantes PERO hágalo dentro de las categorías mas generales identificadas por la CICS
  - Por ejemplo, tomemos el código CICS siguiente: HP1.1 Hospitales Generales
  - Si un país desea comparare los gastos de los hospitales públicos con los de los privados, puede que le sea de utilidad agregar las siguientes subcategorías:
    - HP.1.1.1 Hospitales Generales Públicos
    - HP.1.1.2 Hospitales Generales Privados

Tal como se explicó en la Unidad 1, la CICS fue desarrollada para el SCS, el que fue promovido por los países de la OCDE. Las CNS son una extensión del SCS, enfocada en las necesidades de los países de medianos y bajos ingresos: la metodología de CNS se basa en las clasificaciones del SCS, pero permite una mayor desagregación de las categorías para tomar en cuenta el carácter diversificado de los sistemas de atención de salud de los países en desarrollo. Por ende, las CNS estipulan los siguientes criterios para el diseño de la estructura de clasificación del sector de salud de un país (GP: pág. 5, 1.19):

- En la medida de lo posible, respete las normas y convenciones internacionales existentes, con la flexibilidad necesaria para atender los requerimientos políticos específicos del análisis nacional. Pueden introducirse categorías nacionales relevantes, siempre y cuando entren en las categorías más generales de la CICS. Pongamos el caso de un país que desea comparar los gastos realizados en los hospitales públicos y privados:

La CICS sólo proporciona una clasificación general para los hospitales, es decir, "HP.1.1 Hospitales generales". Esto refleja el hecho de que la CICS fue originalmente diseñada para los países de la OCDE, la mayoría de los cuales funcionan sólo con proveedores públicos y, por ende, no tienen necesidad de distinguir entre hospitales públicos y privados. Sin embargo, dicha clasificación es demasiado amplia para la elaboración de políticas en numerosos países de medianos y bajos ingresos, cuyos sistemas de salud son más heterogéneos.

El enfoque de las CNS: criterios de clasificación (sigue)

1. Agregar subclasificaciones:
   - Los primeros dos números del código deben corresponder a las categorías CICS
   - Los números que sigue son "nuevos" y siguen la clasificación por "subcategorías" relevantes en el plano nacional

El enfoque de las CNS: Criterios de clasificación (sigue)

2. Cada categoría debe ser a la vez excluyente y exhaustiva
   - Esto es, cada transacción con costo debe entrar en una sola categoría
3. Cada categoría debe ser viable

- Cuando se agregan subcategorías, los dos primeros caracteres del código deben ser consecuentes con las categorías de la CICS. Los números que siguen pueden corresponder a la clasificación más desagregada relevante a escala nacional. Por ejemplo, para poder dar cuenta de la distinción entre hospitales "públicos" y "privados", pueden agregarse subcategorías a las CNS, tales como:

  HP.1.1.1 = Hospitales generales PUBLICOS

  HP.1.1.2 = Hospitales generales PRIVADOS
- El instructor también puede señalar que existe la posibilidad de eliminar aquellas categorías de la CICS que no sean relevantes para un país determinado.
- Cada categoría debe ser a la vez excluyente y exhaustiva. Esto permite asegurar que cada transacción con costo entrará en una sola categoría.
- El esquema de clasificación debe ser VIABLE. En otras palabras, debe ser claro y con los datos correspondientes disponibles para la recopilación.
- Puesto que estos criterios son complementarios, puede también que entren en conflicto entre sí. El equipo de CNS deberá resolver los conflictos velando siempre por la relevancia política de las CNS.

Nota para los instructores

Antes de mostrar la transparencia 3 de la presentación 4(b), discuta las notas acerca de los puntos mencionados. Luego, muestre la transparencia y siga con la presentación.

III. Identificar y clasificar las fuentes de financiamiento

Tal como se mencionó en la Unidad 1, las fuentes de financiamiento son las que, en última instancia, financian el sistema de salud y su descripción responde a la pregunta: ¿de dónde proviene el dinero? El cuadro 4.1 ofrece

Nota para los instructores

Remita los participantes al cuadro de clasificaciones de la CICS de la Unidad 4.

Cuadro 4.1: Clasificación de las fuentes de financiamiento para las CNS

Código	Descripción
FS.1	**Fondos Públicos**
FS.1.1	Ingresos gobierno territorial
FS.1.1.1	Ingresos gobierno central
FS.1.1.2	Ingresos gobierno regional y municipal
FS.1.2	**Otros fondos públicos**
FS.1.2.1	Retorno sobre activos de entidad pública
FS.1.2.2	Otros
FS.2	**Fondos privados**
FS.2.1	Fondos del empleador
FS.2.2	Fondos de los hogares
FS.2.3	Instit. sin fines de lucro que atienden a personas
FS.2.4	Otros fondos privados
FS.3	**Fondos del resto del mundo**

un ejemplo típico de categorías y subcategorías de fuentes de financiamiento. En los cuatro cuadros siguientes las filas no sombreadas son clasificaciones de la CICS. Las filas sombreadas muestran cuáles podrían ser las nuevas subcategorías creadas para atender a las prioridades de un país determinado.

Las fuentes de financiamiento se dividen en tres categorías amplias: públicas, privadas y resto del mundo. Algunas categorías y subcategorías suelen suscitar preguntas entre los participantes; el instructor debe estar preparado para explicar lo siguiente:

Para "FS.1 Fondos públicos" (GP: pág. 42, 4.22-4.23; pág. 260, B.05-B.08)

- **Fondos del gobierno territorial**: debe dar cuenta de todos los fondos generados por el gobierno territorial por concepto de ingreso general. Esto se refiere usualmente a las contribuciones del Ministerio de Finanzas a la atención de salud. Los ingresos del gobierno territorial incluyen los impuestos destinados específicamente a la atención de salud pero que se recaudan como impuestos al valor agregado (por ejemplo, las loterías nacionales que financian programas de salud específicos), y/o impuestos sobre la renta o el patrimonio. Nótese que esta clasificación no incluye las cotizaciones sociales recaudadas por el gobierno, las que suelen entrar en la categoría "Fondos del empleador".

Para "FS.2 Fondos privados" (GP: pág. 43,4.24; pág. 261, B.10-B18)

- **Fondos del empleador**: se refiere a las contribuciones de un empleador privado al "programa de seguro "privado" de un empleado o a "programas de seguridad social" (generalmente obligatorios).
- **Fondos del empleador paraestatal**: describe empresas públicas o semipúblicas, tales como las compañías aéreas. Si un país decide distinguir los gastos paraestatales, puede hacerlo agregando esta subcategoría. El grado de autonomía de la empresa paraestatal en relación con el Estado permite definir si entra en la categoría de los fondos ya sea públicos o privados

Los "**Fondos del resto del mundo: FS.3**" incluyen los fondos de salud a los que contribuyen los donantes internacionales o bilaterales (GP: pág. 43, 4-25; pág. 261, B.19).

IV. Identificar y clasificar los agentes financiadores

El cuadro 4.2 presenta una muestra de clasificación en categorías y subcategorías de CNS para agentes financiadores, esto es, aquellas entidades que ejercen un control programático sobre la forma en que se gastan los fondos (GP: pág. 36, 4.03-4.09).

Nota para los instructores

Antes de mostrar la transparencia 5 de la presentación 4(b) , discuta las notas de los puntos destacados. Luego, muestre la transparencia y prosiga con la presentación

Cuadro 4.2: Clasificación de los agentes financiadores para las CNS

Código	Descripción
HF.A	**Sector Público**
HF.1.1	Gobierno territorial
HF.1.1.1	Gobierno central
HF.1.1.1.1	Ministerio de Salud
HF.1.1.2	Gobierno estatal/provincial
HF.1.1.3	Gobierno local/municipal
HF.1.2	**Fondos de seguridad social**
HF.2.1.1	Programas de seguro para empleados públicos
HF.2.5.1	Empresas paraestatales
HF.B	**Sector privado**
HF.2.1.2	Programas de seguro de empleadores privados
HF.2.2	Compañías de seguros privadas (fuera del seguro social)
HF.2.3	Pagos directos de los hogares
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro que atienden a los hogares (aparte del seguro social)
HF.2.5.2	Empresas y corporaciones privadas no paraestatales (aparte del seguro social)
HF.3	**Resto del mundo**

Nota para los instructores

Remita los participantes al cuadro sobre las clasificaciones de la CICS de la Unidad 4.

Nota para los instructores

Recuerde a los participantes que, al igual que en el cuadro de las CNS sobre fuentes de financiamiento, las filas no sombreadas son categorías existentes de la CICS. Las filas sombreados muestran posibles subcategorías adicionales que reflejan otras prioridades nacionales. Nótese que pueden agregarse como subcategorías determinados ministerios, como el de Salud.

Pregunta 1 para el debate

¿Qué es el seguro social? ¿Cuándo se considera privado o público?

Respuesta

En su forma más simple, cuando el seguro es obligatorio (ya sea en virtud de la ley o de un decreto), se considera como un seguro social. Adicionalmente, se puede considerar seguro social cuando incluye otras prestaciones además de un seguro de salud, por ejemplo pensiones, jubilaciones, guarderías, etc. (se debe tener cuidado de no incluir los gastos de seguridad social no asociados a la salud como gastos en salud). La naturaleza de la gestión del fondo de seguro permite determinar si se trata de un seguro social privado o público.

El instructor debe dar explicaciones más detalladas sobre algunas de estas subcategorías (GP: pág. 37. 4.06; nota en pie de página número 6):

- **Fondos de seguridad social**: son aquellos programas de seguro social generales financiados por contribuciones obligatorias del sector formal, para amplios sectores de la comunidad. Los fondos de seguridad social pueden incluir servicios no relacionados con la salud, tales como las pensiones, que deben ser excluidos de la estimación de los gastos de salud.
- **Seguro social privado**: son aquellos programas obligatorios para determinados sectores de la población. Esta categoría incluye los programas de seguro establecidos por el Estado para sus empleados únicamente (por ejemplo, el seguro de los funcionarios públicos que puede existir fuera de los esquemas de seguridad social generales). También puede incluir a l*os seguros comunitarios* (organizaciones comunitarias de salud), las que pertenecen amiembros y son controladas por ellos, aunque también puedan recibir contribuciones del Estado.
- **Compañías de seguros privadas (fuera del seguro social)**: se refiere a las compañías de seguros con o sin fines de lucro cuya membresía es voluntaria y que no reciben contribuciones del Estado.
- **Compañías y corporaciones privadas (fuera del seguro de salud)**: incluye las corporaciones que administran su propio programa de atención de salud para sus empleados pero cuyo propósito esencial es la producción de bienes o servicios para el mercado y no la provisión de atención de salud. Esta categoría podría incluir también a las compañías paraestatales que proveen atención de salud a sus empleados.

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Antes de presentar esta sección, solicite a los participantes que pongan a prueba su comprensión del seguro social.

Ejercicio 1 para la capacitación nacional

¿Cuáles son las principales entidades de atención de salud de su país y cómo las ordenaría en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento y agentes financiadores?

Ejercicio 2 para la capacitación nacional

¿Cómo clasificaría las fuentes de financiamiento y los agentes financiadores de su país (atendiendo las necesidades nacionales e internacionales)?

Ejercicio 3 para la capacitación nacional

¿Cuáles son las principales entidades de atención de salud de su país y cómo las ordenaría en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento, agentes financiadores, proveedores y funciones?

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Si ésta es una capacitación de nivel nacional, muestre la transparencia 9 y solicite a los participantes que hagan los ejercicios que figuran en las transparencias 6 y 8 de la presentación 4(b).

Si ésta es una capacitación de nivel regional, pida a los participantes realizar la tarea de elaborar las clasificaciones para su propio país y revíselas al día siguiente.

Respuestas a los ejercicios 1, 2 y 3

Tratándose del desarrollo de clasificaciones nacionales, no existen respuestas correctas o incorrectas, pero alentamos a los países a clasificar sus gastos en atención de salud de acuerdo a la CICS.

Ejercicio 1 para la capacitación regional

Nota para los instructores

Se recomienda asignar una hora para la realización de este ejercicio.

Ordene las siguientes entidades en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento, agentes financiadores, proveedores y funciones.

Administración del Programa de Seguro Nacional
Transporte en ambulancia
Servicios médicos de las fuerzas armadas
CATSCAN
Hospital del gobierno central
Atención odontológica
Cuidados de enfermería a los ancianos
Clínica de planificación familiar
Fundación para la salud (ONG)
Programa de prevención y educación en salud
Ayudas auditivas
Hogares
Atención de pacientes hospitalizados
Agencia para el Desarrollo Internacional (ADI)
Pruebas de laboratorios
Universidad Médica
Parteras
Ministerio de Finanzas
Ministerio de Salud
Ministerio de Justicia
Ministerio de Educación
Líneas Aéreas Nacionales
Programa de Seguro Nacional (PSN)
Comisión para el petróleo y el gas natural
Clínicas privadas
Empresas privadas, por ejemplo, Coca-Cola
Private Insurance Inc.
Farmacias privadas
Farmacias públicas
Salarios de los médicos
Salarios del personal del Ministerio de Salud
Curanderos tradicionales
Clínica para la Salud de la Mujer (ONG)

Ejercicio

3. Identificar las entidades de salud enumeradas en las siguientes diapositivas como fuentes de financiamiento y/o agentes financiadores (HF).
4. Luego, determine cómo usted las clasificaría de acuerdo a las categorías generales de la CICS

Nota para los instructores

En caso de que se hagan preguntas relacionadas con los proveedores y las funciones, responda a los participantes que deben esperar pues estos puntos serán examinados más adelante.

Ejercicio: Ordene y clasifique en FS y/o HF

- Líneas Aéreas Nacionales
- Seguro Privado Cía.
- Hogares
- Servicios Médicos de las Fuerzas Armadas (Ministerio de Defensa)
- Ministerio de Hacienda
- Empresas Privadas (por ejemplo, Coca-Cola
- Ministerio de Salud
- Ministerio de Justicia
- Programa de Seguro Nacional
- Comisión para el Petróleo y el Gas Natural
- Ministerio de Educación
- Agencia para el Desarrollo Internacional
- Fundación para la Salud (ONG)

NOTA: Puede que algunas entidades sean a la vez fuente de financiamiento y agente financiador, por ejemplo el MDS o los gobiernos regionales. Esto depende del contexto del país y de la naturaleza de los fondos recibidos y asignados. Sin embargo, este ejercicio constituye un buen punto de partida para cualquier equipo nacional. Esta lista puede ser modificada y actualizada conforme el equipo vaya profundizando su conocimiento de su sistema de salud paralelamente a la recopilación de datos.

Ejercicio 2 para la capacitación regional

Determine cómo clasificaría las entidades que figuran en la lista anterior según las categorías generales de la CICS.

Respuestas a los ejercicios 1 y 2

Administración del Programa de Seguro Nacional (Función HC.7.2.1 –Administración de salud y seguro de salud; seguro social)

Transportes por ambulancia (Función HC.4.3 –Transporte de pacientes y socorro de emergencia)

Servicios Médicos de las Fuerzas Armadas (Agente Financiador –HF.1.1.1 Gobierno central, excluidos los fondos de seguridad social, Proveedor –depende del tipo de servicio prestado)

CATSCAN (Función HCR.1 –Formación de capital para las instituciones proveedoras de atención de salud)

Hospital del gobierno central (Proveedor HP.1.1.1 –Hospitales generales públicos)

Atención odontológica (Función HC.1.3.2 –Atención odontológica ambulatoria)

Ejercicio

- ¿Cuáles son las principales entidades de atención de salud en su país? Diseñe un diagrama de funcionamiento de sus estructuras de atención de salud nacionales/regionales
- ¿Cómo ordenaría esas entidades en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento y agentes financiadores?

Cuidados de enfermería a los ancianos (Función HC.3.3 –Cuidados de enfermería de largo plazo)

Clínica de Planificación Familiar (Proveedor HP.3.4.1 –Centros de planificación familiar)

Fundación para la salud (FS.2.3.1 Instituciones sin fines de lucro –Fundación para la salud y HF. 2.4 –Instituciones sin fines de lucro de atención a los hogares)

Programas de prevención y educación en salud (Función HC.6 –Servicios de prevención y de salud pública)

Audífonos (Función HC.5.2.3 –Ayudas auditivas)

Hogares (Fuentes de Financiamiento FS.2.2 –Fondos de los hogares y Agentes Financiadores HF.2.3 –Pagos directos de los hogares)

Nota para los instructores

Inicie el ejercicio pidiéndole a los participantes que diseñen un diagrama del sistema de atención de salud del país, o simplemente que hagan una lista de las principales entidades de salud.

Luego, los participantes deberán examinar cada entidad relevante que figura en la lista y determinar si se trata de una fuente de financiamiento o de un agente financiador (los proveedores y las funciones se verán más adelante).

Puede resultar útil hacerlo sobre un rotafolio o pizarrón.

Generalmente, se demoran unas dos horas para responder a estas preguntas, dada la complejidad de los conceptos de FS y FH y la necesidad de que los participantes tengan una visión clara de la estructura del sistema de salud.

Los participantes podrán ingresar los nombres de las entidades en los cuadros en blanco provistos para el presente ejercicio.

Atención hospitalaria (Función HC.1.1 –Atención curativa hospitalaria)

Agencia para el Desarrollo Internacional (ADI) (FS.3 –Resto del mundo y HF.3 –Resto del mundo)

Pruebas de laboratorio (Función HC.4.1 –Laboratorios clínicos)

Hospital Médico Universitario (HP.1.2 –Hospitales generales universitarios)

Parteras (Proveedor HP.3.3.1 –Centros de otros profesionales de salud – partera)

Ministerio de Educación (Agente Financiador HF.1.1.1.2 –Ingresos del gobierno central –Ministerio de Educación)

Ministerio de Hacienda (Fuentes de Financiamiento FS.1 –Ingresos del gobierno central)

Ministerio de Salud (Agente Financiador HF.1.1.1.1 –Ingresos del gobierno central –MDS o puede ser [escasamente] una fuente de financiamiento FS.1.1.1 –MDS)

Ministerio de Justicia (Agente Financiador HF.1.1.1.3 –Ingresos del gobierno central –Ministerio de Justicia)

Líneas Aéreas Nacionales (La mayoría de las veces, Agente Financiador HF.2.5.1 –Empresas de propiedad del Estado, de acuerdo al grado de autonomía de la línea aérea, puede entrar en las categorías ya sea del sector público o privado. Ocasionalmente, puede ser clasificada como fuente, FS.1.3 –recomendado por el GP)

Programa de Seguro Nacional (Agente Financiador HF.12.1 –En Fondos de seguridad social –seguro social público)

Comisión para el Petróleo y Gas Natural (La mayoría de las veces, Agente Financiador HF.2.5.1 –Empresas de propiedad del Estado, de acuerdo al grado de autonomía de la comisión, puede entrar en las categorías ya sea del sector público o privado. Ocasionalmente, puede ser clasificada como fuente de financiamiento, FS.1.3)

Clínicas privadas (Proveedor –HP.3.1.1 –Centros de médicos privados)

Empresas privadas (Fuentes de Financiamiento FS.2.1 –Fondos de los empleadores)

Private Insurance Inc. (Agente Financiador – HF.2.2 Compañías de seguros privadas)

Farmacias privadas (Proveedor HP.4.1.1 –Distribución farmacéutica privada)

Farmacias públicas (Proveedor HP.4.1.2 –Distribución farmacéutica pública)

*Salarios de los médicos** (¡pregunta tramposa!) Los salarios deben ser

prorrateados entre las categorías funcionales correspondientes a las atenciones hospitalaria y ambulatoria. Lo mismo se aplica al mantenimiento.

Salarios del personal del MDS (Función HC.7.1.1 –Administración general de la salud)

Curanderos tradicionales (Proveedor HP.3.9.3 –Centros de otros profesionales de la salud –Curanderos tradicionales/proveedores de atención tradicional)

Clínica para la Salud de la Mujer (ONG) (Proveedor HP.3.4.9 –Todos los demás centros comunitarios de atención ambulatoria y otros centros de atención integral)

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 3 de la presentación 4 (c) y discuta con los participantes.

V. Identificar y clasificar a los proveedores

Los "proveedores" son aquellas entidades que proveen o entregan atención de salud y servicios relacionados con la salud. Identificarlos permite responder a la pregunta "quién provee los servicios de atención de salud" o "dónde" se proveen dichos servicios (GP: pág. 38, 4.10-4.19).

Las categorías de proveedores de la CICS incluyen numerosas entidades cuya relevancia es limitada para muchos países. Por ejemplo, algunos países no disponen de establecimientos de cuidados de enfermería y residenciales. En cambio, en otros países existen tipos de proveedores que no están contemplados en las categorías establecidas por la CICS. Esta última no distingue entre los proveedores de acuerdo a su régimen de propiedad, distinción que podría resultar útil en el contexto político de numerosos países. Por ejemplo, puede que los centros comunitarios de atención ambulatoria pertenezcan a organizaciones sin fines de lucro, al Estado u otras entidades. En atención a ese problema, un equipo nacional de CNS puede eliminar categorías de la CICS irrelevantes y agregar nuevas subcategorías.

El cuadro 4.3 presenta una lista de las categorías de proveedores de la CICS.

Puede también que el instructor crea necesario dar explicaciones sobre algunas categorías:

- **Centros de médicos**. Se refiere a los profesionales de salud que poseen un título de doctor en medicina o un diploma correspondiente y que se dedican esencialmente al ejercicio independiente de la medicina general o especializada. Estas categorías se refieren al ejercicio esencialmente privado de la medicina.

Cuadro 4.3: Clasificación de los proveedores para las CNS	
Código	**Descripción**
HP.1	**Hospitales**
HP.1.1	Hospitales generales
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones
HP.1.3	Hospitales especializados (fuera salud mental y adicciones)
HP.1.4	Hospitales de medicina no alopática (tales como la china, el Ayurveda, etc.)
HP.2	**Establecimientos de cuidados de enfermería y residenciales**
HP.2.1	Establecimientos de cuidados de enfermería
HP.2.2	Establecimientos para el retardo mental, la salud mental y las adicciones
HP.2.3	Establecimientos de atención comunitaria a los ancianos
HP.2.9	Todos los demás establecimientos de atención residencial
HP.3	**Proveedores de atención de salud ambulatoria**
HP.3.1	Centros médicos
HP.3.2	Centros odontológicos
HP.3.3	Centros de otros profesionales de salud
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria
HP.3.4.1	Centros de planificación familiar
HP.3.4.2	Centros de at. ambulatoria de salud mental y toxicomanías
HP.3.4.3	Centros de cirugía ambulatoria autónomos
HP.3.4.4	Centros de atención de diálisis
HP.3.4.5	Todos los demás servicios ambulatorios multi-especializados y cooperativos
HP.3.4.9	Todos los demás centros de atención comunitarios y otros centros de atención integral
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnósticos
HP.3.6	Proveedores de servicios de atención de salud a domicilio
HP.3.9	Otros proveedores de servicios de atención de salud ambulatoria
HP.3.9.1	Servicios de ambulancias
HP.3.9.2	Bancos de sangre y órganos
HP.3.9.3	Profesionales alternativos o tradicionales
HP.3.9.9	Todos los demás servicios de atención de salud ambulatoria
HP.4	**Venta al detalle y otros proveedores de bienes médicos**
HP.4.1	Distribuidores de farmacéuticos
HP.4.2	Venta al detalle y otros proveedores de lentes ópticos y otros productos para la visión
HP.4.3	Venta al detalle y otros proveedores de ayudas auditivas
HP.4.4	Venta al detalle y otros proveedores de dispositivos médicos (fuera de los lentes ópticos y de las ayudas auditivas)
HP.4.9	Todos los otros vendedores y otros proveedores misceláneos de productos farmacéuticos y bienes médicos
HP.5	**Provisión y administración de programas de salud pública**
HP.6	**Administración general de la salud y seguros**
HP.6.1	Administración pública de la salud
HP.6.2	Fondos de seguridad social
HP.6.3	Otros seguros sociales
HP.6.4	Otros seguros (privados)
HP.6.9	Todos los demás proveedores de administración de salud
HP.7	**Todas las demás industrias (resto de la economía)**
HP.7.1	Establecimientos proveedores de servicios de at. de salud ocupacional
HP.7.2	Hogares privados en tanto proveedores de atención domiciliaria
HP.7.3	Todas las otras industrias productoras secundarias de at. de salud
HP.8	**Instituciones proveedoras de servicios relacionados con la salud**
HP.8.1	Instituciones de investigación
HP.8.2	Instituciones de educación y capacitación
HP.8.3	Otras instituciones proveedoras de servicios rel. con la salud
HP.9	**Resto del mundo**
HP.nsk	***Proveedores no especificados según su naturaleza***

- **Centros de dentistas**. Al igual que "centros de médicos", se refiere al ejercicio independiente esencialmente privado de la odontología.
- **Centros de otros profesionales de la salud**. Puede incluir al ejercicio privado de otros profesionales de la salud tales como los quiroprácticos y los optometristas. Puede agregarse una subcategoría para dar cuenta de los proveedores de "medicina tradicional".
- **Distribuidores de farmacéuticos**. Farmacias (públicas y privadas).
- **Provisión y administración de programas de salud pública**. Incluye la administración y provisión de programas de salud pública tanto por parte del Estado como del sector privado.
- **Administración general de la salud y seguros**. Se refiere a los establecimientos que se dedican esencialmente a regular las actividades de las agencias que proveen atención y seguros de salud (tales como las agencias que regulan el otorgamiento de licencias a los proveedores, la seguridad en los lugares de trabajo, etc.).

VI. Clasificaciones de las funciones

Las categorías "funciones" describen "qué" tipos de servicios se proveen, a diferencia de las de los "proveedores" que se refieren a "quién" o "qué" provee la atención. El cuadro 4.4 muestra las categorías y subcategorías de la clasificación "funciones" de la CICS y las CNS (GP: pág. 23, 3-15-3.20).

Ejemplo

La necesidad de una clasificación de los proveedores se manifiesta claramente en el caso de la atención curativa y de la atención primaria. En ausencia de un sistema de clasificación o de definiciones exactas, se asimila frecuentemente la atención a los pacientes hospitalizados a la atención curativa y la atención ambulatoria a la atención primaria. Esta suposición no es correcta: la atención hospitalaria no siempre es curativa y la atención ambulatoria no siempre es primaria. Clasificar los distintos tipos de atención y definir donde se proveen permitirá evitar tales confusiones en el futuro.

El instructor deberá dar explicaciones más detalladas sobre algunas clasificaciones funcionales:

- **Atención curativa diurna en hospital (o de corta estancia)**: incluye servicios tales como cirugía ambulatoria, diálisis y atención oncológica, ninguno de los cuales requiere una estadía nocturna (en cuyo caso estarían clasificados como atención hospitalaria).
- **Atención curativa ambulatoria**: incluye los servicios de atención de salud ambulatoria prestados por médicos en los establecimientos de atención de salud ambulatoria o en áreas de establecimientos dedicadas a este tipo de atención.

- **Servicios médicos y de diagnósticos básicos**: incluye exámenes rutinarios, evaluaciones médicas, prescripción de farmacéuticos, asesoramiento rutinario a los pacientes, dietas, inyecciones y vacunas (en caso de que no estén cubiertos por los programas de atención de salud preventiva pública).
- **Funciones relacionadas con la salud**: sólo la formación de capital (por ejemplo, construcción y equipamiento de las instituciones proveedoras) deberá ser incluida en la estimación de los "gastos totales de salud". HCR1.5 sólo debe incluirse en la estimación de los "Gastos generales de salud" (más inclusivos para las funciones relacionadas con la salud) y no en la estimación de los "gastos totales de salud".

Es importante mencionar que todas las funciones de la salud se coponen de un gasto sustantivo y uno administrativo. Por ejemplo, la prestación de un servicio de hospitalización comprende la atención directa del paciente – por ejemplo una cirugía – y el gasto administrativo que implica el funcionamiento adecuado del hospital. Este gasto administrativo debe incluirse dentro del gasto de la atención hospitalaria y no dentro de la categoría gasto en administración de salud ya que es inherente a la atención hospitalaria. Lo mismo sucede con el gasto en administración de las demás funciones del sistema de salud.

Cuadro 4.4 : Clasificación de las funciones para las CNS	
Código	**Descripción**
HC.1	**Servicios de atención curativa**
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria
HC.1.2	Atención curativa en hospital de día
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
HC.1.3.2	Atención odontológica ambulatoria
HC.1.3.3	Todos los demás servicios médicos especializados
HC.1.3.4	Todas las demás atenciones curativas ambulatorias
HC.1.4	Servicios de atención curativa domiciliaria
HC.2	**Servicios de atención de rehabilitación**
HC.2.1	Atención de rehabilitación hospitalaria
HC.2.2	Atención de rehabilitación en hospital de día
HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria
HC.2.4	Servicios de atención de rehabilitación domiciliaria
HC.3	**Servicios de cuidados de enfermería de largo plazo**
HC.3.1	Cuidados de enfermería hospitalaria de largo plazo
HC.3.2	Cuidados de enfermería de largo plazo en hospital de día
HC.3.3	Cuidados de enfermería de largo plazo: atención domiciliaria
HC.4	**Servicios auxiliares de atención médica**
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Diagnóstico por imágenes
HC.4.3	Transporte de pacientes y atención de emergencia
HC.4.9	Todos los demás servicios auxiliares misceláneos
HC.5	**Bienes médicos proporcionados a los pacientes externos**
HC.5.1	Bienes farmacéuticos y otros bienes médicos no duraderos
HC.5.1.1	Medicamentos recetados
HC.5.1.2	Medicamentos sin receta
HC.5.1.3	Otros bienes médicos no duraderos
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos duraderos
HC.5.2.1	Lentes y otros productos para la visión
HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis (prótesis y órtesis)
HC.5.2.3	Ayudas auditivas
HC.5.2.4	Aparatos tecno-médicos, incluidas las sillas de ruedas
HC.5.2.9	Todos los demás bienes médicos misceláneos
HC.6	**Servicios de prevención y salud pública**
HC.6.1	Salud materno-infantil; planificación y asesoría familiar
HC.6.2	Servicios de salud escolares
HC.6.3	Prevención de las enfermedades contagiosas
HC.6.4	Prevención de las enfermedades no contagiosas
HC.6.5	Atención de salud ocupacional
HC.6.9	Todos los demás servicios de salud pública misceláneos
HC.7	**Administración de salud y seguros de salud**
HP.7.1	Administración central de la salud
HC.7.1.1	Administración central de la salud (aparte del seguro social)
HC.7.1.2	Administración, operación y apoyo a los fondos de seg. social
HP.7.2	Administración de salud y seguros de salud: privado
HC.7.2.1	Administración de salud y seguros de salud: seguro social
HC.7.2.2	Administración de salud y seguros de salud: otros privados
HC.nsk	**Gastos en atención de salud no especificados según naturaleza**
HCR.1-5	**Funciones relacionadas con la salud**
HC.R.1	Formación de capital instituciones proveedoras de at. de salud
HC.R.2	Educación y capacitación del personal de salud
HC.R.3	Investigación y desarrollo en salud
HC.R.4	«Control de los alimentos, del agua potable y para la higiene»
HC.R.5	Salud ambiental
HC.R.nsk	**Gastos relacionados con la atención de salud no especificados según su naturaleza**

Nota para los instructores

Solicite a los participantes que revisen la lista de funciones que figura en el documento sobre la CICS.

Ejercicio 1 para la capacitación regional

Ordene las entidades indicadas a continuación en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento, agentes financiadores, proveedores y funciones.

Administración del Programa de Seguro Nacional
Transporte en ambulancia
Servicios médicos de las fuerzas armadas
CATSCAN
Hospital del gobierno central
Atención odontológica
Cuidados de enfermería a los ancianos
Clínica de planificación familiar
Fundación para la salud (ONG)
Programa de prevención y educación en salud
Ayudas auditivas
Hogares
Atención de pacientes hospitalizados
Agencia para el Desarrollo Internacional (ADI)
Pruebas de laboratorios
Universidad Médica
Parteras
Ministerio de Hacienda
Ministerio de Salud
Ministerio de Justicia
Ministerio de Educación
Líneas Aéreas Nacionales
Programa de Seguro Nacional (PSN)
Comisión para el petróleo y el gas natural
Clínicas privadas
Empresas privadas, por ejemplo, Coca-Cola
Private Insurance Inc.
Farmacias privadas
Farmacias públicas
Salarios de los médicos
Salarios del personal del Ministerio de Salud
Curanderos tradicionales
Clínica para la Salud de la Mujer (ONG)

Nota para los instructores

Show slide presentation and discuss.

NOTA: puede que algunas entidades sean a la vez fuente de financiamiento y agente financiador, por ejemplo el MDS o los gobiernos regionales. Esto depende del contexto del país y de la naturaleza de los fondos recibidos y asignados. Sin embargo, este ejercicio constituye un buen punto de partida para cualquier equipo nacional. Esta lista puede ser modificada y actualizada conforme el equipo vaya profundizando su conocimiento de su sistema de salud paralelamente a la recopilación de datos. Por ello, se debe sugerir a los participantes tener una "mente abierta" respecto de la categorización de las entidades. Es decir, se tiene que poder romper con las ideas preconcebidas de la función de las diferentes entidades.

Ejercicio 2 para la capacitación regional

Determine cómo clasificaría las entidades que figuran en la lista anterior de acuerdo a las categorías amplias de la CICS.

Respuestas a los ejercicios 1 y 2

Administración del Programa de Seguro Nacional (Función HC.7.2.1 –Administración de salud y seguro de salud; seguro social)

Transportes por ambulancia (Función HC.4.3 –Transporte de pacientes y socorro de emergencia)

Servicios Médicos de las Fuerzas Armadas (Agente Financiador –HF.1.1.1 Gobierno central, excluidos los fondos de seguridad social, Proveedor –depende del tipo de servicio prestado)

CATSCAN (Función HCR.1 –Formación de capital para las instituciones proveedoras de atención de salud)

Hospital del gobierno central (Proveedor HP.1.1.1 –Hospitales generales públicos)

Atención odontológica (Función HC.1.3.2 –Atención odontológica ambulatoria)

Cuidados de enfermería a los ancianos (Función HC.3.3 –Cuidados de enfermería de largo plazo)

Clínica de Planificación Familiar (Proveedor HP.3.4.1 –Centros de planificación familiar)

Fundación para la salud (FS.2.3.1 Instituciones sin fines de lucro –Fundación para la salud y HF. 2.4 –Instituciones sin fines de lucro de atención a los hogares)

Programas de prevención y educación en salud (Función HC.6 –Servicios de prevención y de salud pública)

Ayudas auditivas (Función HC.5.2.3 –Ayudas auditivas)

Hogares (Fuentes de Financiamiento FS.2.2 –Fondos de los hogares y Agentes Financiadores HF.2.3 –Pagos directos de los hogares)

Atención hospitalaria (Función HC.1.1 –Atención curativa hospitalaria)

Agencia para el Desarrollo Internacional (ADI) (FS.3 –Resto del mundo y HF.3 –Resto del Mundo)

Pruebas de laboratorio (Función HC.4.1 –Laboratorios clínicos)

Hospital Médico Universitario (HP.1.2 –Hospitales generales universitarios)

Parteras (Proveedor HP.3.3.1 –Centros de otros profesionales de salud –partera)

Ministerio de Educación (Agente Financiador HF.1.1.1.2 –Ingresos del gobierno central –Ministerio de Educación)

Ministerio de Hacienda (Fuentes de Financiamiento FS.1 –Ingresos del gobierno central)

Ministerio de Salud (Agente Financiador HF.1.1.1.1 –Ingresos del gobierno central –MDS o puede ser [escasamente] una fuente de financiamiento FS.1.1.1 –MDS)

Ministerio de Justicia (Agente Financiador HF.1.1.1.3 –Ingresos del gobierno central –Ministerio de Justicia)

Líneas Aéreas Nacionales (La mayoría de las veces, Agente Financiador HF.2.5.1 –Empresas de propiedad del Estado, de acuerdo al grado de autonomía de la línea aérea, puede entrar en las categorías ya sea del sector público o privado. Ocasionalmente, puede ser clasificada como fuente, FS.1.3 –recomendado por el GP)

Programa de Seguro Nacional (Agente Financiador HF.12.1 –En Fondos de seguridad social –seguro social público)

Comisión para el Petróleo y Gas Natural (La mayoría de las veces, Agente Financiador HF.2.5.1 –Empresas de propiedad del Estado, de acuerdo al grado de autonomía de la comisión, puede entrar en las categorías ya sea del sector público o privado. Ocasionalmente, puede ser clasificada como fuente de financiamiento, FS.1.3)

Clínicas privadas (Proveedor –HP.3.1.1 –Centros de médicos privados)

Empresas privadas (Fuentes de Financiamiento FS.2.1 –Fondos de los empleadores)

Private Insurance Inc. (Agente Financiador – HF.2.2 Compañías de seguros privadas)

Farmacias privadas (Proveedor HP.4.1.1 –Distribución farmacéutica privada)

Farmacias públicas (Proveedor HP.4.1.2 –Distribución farmacéutica pública)

Salarios de los médicos* (¡pregunta capciosa!) Los salarios deben ser prorrateados entre las categorías funcionales correspondientes a las atenciones hospitalaria y ambulatoria. Lo mismo se aplica al mantenimiento.

Salarios del personal del MDS (Función HC.7.1.1 –Administración general de la salud)

Curanderos tradicionales (Proveedor HP.3.9.3 –Centros de otros profesionales de la salud –Sanadores tradicionales)

Clínica para la Salud de la Mujer (ONG) (Proveedor HP.3.4.9 –Todos los demás centros comunitarios de atención ambulatoria y otros centros de atención integral)

VII. Datos no clasificables

Un esquema de clasificación exhaustivo incluye una categoría para cada tipo de gasto aunque, en la práctica, puede que no existan datos suficientes para completar todas las categorías. El esquema de la CICS toma esto en cuenta al incluir una categoría adicional llamada “no especificados según su naturaleza” o “n.s.k.” (por su sigla en inglés). Sin embargo, debe hacerse un uso mínimo de dicha categoría, de lo contrario se comprometería la validez de las estimaciones. Dado que las CNS se llevan a cabo repetidamente, se puede mejorar la calidad de los datos e ir reduciendo la categoría “n.s.k.” del proceso de clasificación (GP: pág. 42. 4-19).

Ejercicio de síntesis

¿Cómo clasificaría las actividades indicadas a continuación por categorías funcionales?

Los donantes reportaron sus gastos según el siguiente desglose:	¿Clasificación en las CNS?
Servicios de atención primaria	
Servicios de atención secundaria/terciaria	
Capacitación	
Investigación	
Información, educación y comunicación	
Administración	

VIII. Aplicación de la presente Unidad: trabajar con los cuadros de CNS

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 7 de la presentación 4 (d) y discútala.

Definir/explicar las estimaciones del gasto total de salud

Las CNS ofrecen la posibilidad de calcular tres estimaciones de gastos de salud que un país podría estar interesado en medir (GP: pág. 24, 3.22-3.25).

El gasto total corriente en salud (GTCS) – se refiere solamente a los gastos de salud directos. Excluye a los gastos relacionados con la atención de salud. Estos últimos incluyen los gastos en personal de atención de salud, más los gastos en los servicios de salud colectivos y relacionados con el funcionamiento de los agentes financiadores del sistema.

El gasto total en salud (GTS) –incluye todos los gastos de salud directos como también una de las funciones relacionadas con la atención de salud, es decir la formación de capital. Donde sea que mencionemos el GTS, lo haremos en referencia a esta definición.

El gasto nacional en salud (GNS) – Esta estimación total es la que mejor responde a las necesidades y preocupaciones de los encargados de políticas. Puede incluir o no cualquiera de las funciones relacionadas con la salud registradas en HC.R 2-5.

Los cuatros cuadros básicos

Un conjunto de nueve cuadros sirve para ilustrar los flujos de fondos entre las principales categorías de atención de salud (fuentes de financiamiento, agentes financiadores, proveedores, funciones, etc.). Se recomienda que los países trabajen al menos a partir de los primeros cuatro cuadros:

- El Cuadro 1 muestra las transferencias de los fondos de salud desde las fuentes de financiamiento hacia los agentes financiadores
- El Cuadro 2 muestra las transferencias de los fondos de salud desde los agentes financiadores hacia los proveedores
- El Cuadro 3 muestra las transferencias de los fondos de salud desde los agentes financiadores hacia las funciones
- El Cuadro 4 muestra las transferencias de los fondos de salud desde los proveedores hacia las funciones

Leer los cuadros de las CNS

El instructor recurrirá a dos de los cuadros para mostrar cómo se debe leer un cuadro de CNS. En lo esencial, tendrá que destacar los puntos siguientes:

Flujos internos de un cuadro:

- Los fondos fluyen hacia abajo, desde el "orígen" (encabezados de columna) hacia los "receptores/usuarios" (encabezados de filas).
- El monto total gastado por cada "originador" figura abajo de cada columna.
- El monto total recibido por cada "receptor/usuario" figura al final de cada fila.

Flujos entre cuadros:

- El flujo de fondos entre todas las principales categorías de entidades de atención de salud puede seguirse de un cuadro a otro de acuerdo a las reglas siguientes:
  - Los encabezados de las **filas** de un cuadro se transforman en los encabezados de las **columnas** u originadores del cuadro siguiente.
  - Por ende, los totales de **filas** del primer cuadro se transforman en los totales de **columnas** del segundo cuadro.
  - El gasto total en salud (GTS) es la cifra que figura en la celda inferior derecha de cada cuadro y es igual en todos los cuadros. (A diferencia del total del gasto nacional en salud que incluye funciones relacionadas con la salud).

Cuadros adicionales

Además de las cuatro dimensiones principales de atención de salud comentadas anteriormente (es decir, las fuentes de financiamiento, los agentes financiadores, los proveedores y las funciones), las CNS sugieren agregar categorías adicionales, como son:

- **Grupos beneficiarios**: se refiere a la división en grupos específicos de los individuos que reciben bienes y servicios de atención de salud. Estas grupos pueden definirse de acuerdo a su situación socioeconómica (SES, por su sigla en inglés), su lugar de residencia (R) (por ejemplo, urbano/rural), la edad (A) y el sexo (G). La clasificación basada en este tipo de grupos beneficiarios permite realizar un análisis significativo en términos de asignación de recursos, de equidad y de los problemas de distribución en materia de gasto en salud (GP: pág. 5.06).
- **Problemas de salud, enfermedades, intervenciones (D)**: se refiere a la clasificación de los gastos en salud de acuerdo a mediciones específicas en materia de salud y enfermedad, o a temas políticos, tales como las intervenciones sobre el VIH/SIDA, la malaria o la salud reproductiva (GP: pág. 63, Cuadro 5.8).
- **Insumos(I)**: incluye tipos específicos de insumos utilizados para la provisión de servicios, como el trabajo, los medicamentos y productos farmacéuticos y los equipos médicos.

Estas clasificaciones adicionales pueden usarse para organizar la información relativa al gasto en salud de una manera que responda a importantes prioridades de la política de salud. Por ejemplo, puede que los encargados de la elaboración de políticas deseen asignar los recursos de manera más equitativa entre las distintas áreas geográficas, en cuyo caso el desglose del grupo beneficiario en zonas urbanas y rurales podría resultarles útil. Cuando se combina con otros datos tales como aquellos relacionados con los resultados de salud, esa información sobre el gasto puede proveer mejores indicios que ayudan a determinar si los gastos y servicios existentes se traducen en mejoras adecuadas en el ámbito de la salud.

Se proponen cinco cuadros adicionales basados en estas nuevas categorías:

- Distribución del gasto total corriente en salud (TCEH, por su sigla en inglés) entre grupos de la población definidos por edad y sexo (HF x A/G) (GP: pág. 54, 5.26; GP: pág.60, Cuadro 5.6).
- Distribución de los gastos en salud entre regiones (HF x R) (GP: pág. 55, 5.31; pág. 64, Cuadro 5.9).
- Distribución del gasto corriente en salud por tipo de agente financiador y por quintil de gasto de hogares per cápita (HF x SES) (GP: pág. 55, 5.27; GP pág. 62, Cuadro 5.7).

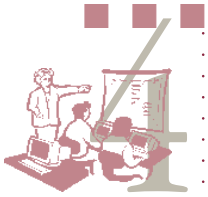
- Asignaciones a distintos tipos de insumos por agente financiador (HF x I): la clasificación de los insumos concierne aquellos bienes utilizados para producir servicios de atención de salud y relacionados con la salud (GP: pág. 63, Cuadro 5.8).
- Distribución del gasto corriente en salud por agente financiador y grupos de la población clasificados por grupos de enfermedad (HF x GBD).

El instructor deberá enfatizar que todos los cuadros adicionales ilustran flujos de fondos desde los "agentes financiadores" hacia un "grupo beneficiario". Puede preguntar al curso por qué los agentes financiadores aparecen con frecuencia en todos esos cuadros. En lo esencial, esto nos remite a la definición de los agentes financiadores –es decir, aquellas entidades que ejercen un "control" sobre la manera en que se asignan los recursos. Por ende, desde una perspectiva política, los agentes financiadores juegan un papel crucial para el seguimiento de la forma en que se gastan y distribuyen los recursos entre varios grupos beneficiarios.

Referencias

Organization for Economic Cooperation and Development. 2000. *A System of Health Accounts.* París. OECD. (NHA Resources CD)

PHR*plus*. 2003. *Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process*. Primer for Policymakers. Bethesda, MD: PHR*plus*, Abt Associates Inc. (NHA Resources CD)



Unidad 4
Presentación de transparencias

1

PHRplus

Unidad 4 (a): Entender las clasificaciones y los cuadros

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philosenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivos de aprendizaje

- Familiarizarse con la Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud (CICS) y su sistema de codificación alfanumérico
- Entender el enfoque de las CNS sobre las clasificaciones, el cual permite la introducción de categorías relevantes en el plano nacional dentro de aquellas más amplias, identificadas por la CICS

PHRplus

3

¿En que consiste la Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud (CICS)?

- Describe las principales dimensiones de los gastos en salud (por ejemplo, agentes financiadores, proveedores y funciones)— en términos de CATEGORIAS con CARACTERISTICAS COMUNES
- Por ejemplo, las fuentes de financiamiento pueden dividirse en las siguientes categoría
  - Fondos públicos
  - Fondos privados
  - Fondos provenientes del resto del mundo

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

La CICS es un "sistema de nomenclatura" que permite ordenar los gastos de salud. Permite a los países utilizar un lenguaje común para describir los agentes financiadores, los compradores y los usuarios de la atención de salud como también los servicios por sí mismos.

4

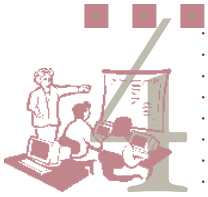
¿En que consiste la CICS? (sigue)

- Desarrollada por la OCDE para el Sistema de Cuentas de Salud (SCS)
- Cada cuadro de CNS ordena las entidades de atención de salud de acuerdo a la CICS
- Siendo una norma " internacionalmente" aceptada, la CICS permite efectuar comparaciones entre países respecto de sus gastos en salud

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor deberá recalcar la importancia del SCS y los vínculos que existen entre éste y las CNS.



5

Enfoque de la CICS: Principales categorías

- **Empiezan por un código alfabético**
  - "Fuentes de financiamiento" anotadas "FS"
  - "Agentes financiadotes" anotados "HF"
  - "Proveedores de Salud" anotados "HP"
  - "Funciones de Atención de Salud" anotadas "HC"

NOTAS DEL EXPOSITOR

Antes de presentar la transparencia, el instructor deberá explicar que la CICS asigna un código a cada agente de la atención de salud. Dicho código empieza por unas letras que designan la categoría amplia, seguidas de un número que designa la categoría más específica a la que pertenece el agente en cuestión.

6

El enfoque de la CICS: Especificar las entidades dentro de las principales categorías

1. Agregar subclasificaciones:

- Los primeros dos números del código deben corresponder a las categorías CICS.
- Los números que siguen son "nuevos" y siguen la clasificación por "subcategorías" relevantes en el plano nacional

7

El enfoque de las CNS respecto de las Clasificaciones

- Las CNS están basadas en el enfoque del SCS (es decir, la CICS)
- Las CNS utilizan las clasificaciones CICS pero permiten agregar "subcategorías" para dar cuenta de características únicas propias de las estructuras de atención de salud de los países

PHRplus

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

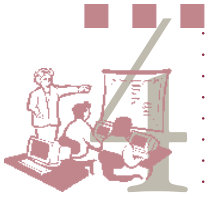
La lista y las definiciones de las categorías de la CICS fueron publicadas por la OCDE en "*System of Health Accounts*" (2000).

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor debe recordar a los participantes que la CICS fue diseñada esencialmente para las estructuras monolíticas del sector de salud de los países de la OCDE (donde el Estado solía cubrir todos los gastos) y no para los sectores de salud híbridos de los países en desarrollo (donde existen numerosos actores, algunos de los cuales únicos en su tipo).

Las CNS permiten establecer una clasificación de los distintos actores de los sistemas de salud pluralistas dado que ofrecen una mayor desagregación de las categorías de la CICS.

Las CNS permiten adaptar la CICS a las características propias de cada país.



8

El enfoque de las CNS: las clasificaciones deben cumplir con ciertos criterios

- En la medida de lo posible, deben respetarse las normas y convenciones internacionales existentes (como la CICS)
  - PERO también se recomienda ser flexible para responder a necesidades POLITICAS especificas del análisis nacional.
- Por lo tanto, se pueden introducir categorías nacionales relevantes PERO hágalo dentro de las categorías mas generales identificadas por la CICS
  - Por ejemplo, tomemos el código CICS siguiente: HP1.1 Hospitales Generales
  - Si un país desea comparare los gastos de los hospitales públicos con los de los privados, puede que le sea de utilidad agregar las siguientes subcategorías:
    - HP.1.1.1 Hospitales Generales Públicos
    - HP.1.1.2 Hospitales General;es Privados

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

En caso de que un país no esté totalmente de acuerdo con el nombre descriptivo de una categoría de la CICS, podrá asignarle otro nombre, pero tendrá que dejar el nombre original entre comillas. Debe respetarse la coherencia.

Mensaje importante: un equipo de CNS puede agregar categorías relevantes para su país pero, para efecto de una comparación internacional, deberá documentar la forma en que se puede "ir y venir" entre el enfoque nacional y el sistema CICS.

La letra y los dos primeros números (por lo menos) del código deben ajustarse a las clasificaciones CICS para permitir las comparaciones internacionales.

Los términos que figuran en cursiva indican que se trata de una nueva categoría CICS "potencial", que no figura en el SCS.

Por ejemplo, la CICS no distingue entre proveedores públicos o privados, pero esa distinción podría ser importante en varios países. Por lo tanto, se recomienda agregar nuevas categorías. Los países pueden también eliminar categorías o subcategorías que no sean relevantes para ellos.

9

El enfoque de las CNS: criterios de clasificación (sigue)

1. Agregar subclasificaciones:

- Los primeros dos números del código deben corresponder a las categorías CICS
- Los números que sigue son "nuevos" y siguen la clasificación por "subcategorías" relevantes en el plano nacional

PHRplus

10

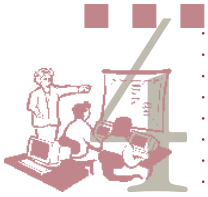
El enfoque de las CNS: Criterios de clasificación (sigue)

2. **Cada categoría debe ser a la vez excluyente y exhaustiva**
   - Esto es, cada transacción con costo debe entrar en una sola categoría
3. **Cada categoría debe ser viable**

PHRgins

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 3. Viable: de tal forma que la clasificación sea CLARA y que los datos estén DISPONIBLES para ser recopilados (tiempo versus calidad de un informe)



1

PHRplus

Unidad 4(b): Clasificación de las fuentes de financiamiento y de los agentes financiadores

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.U.U. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

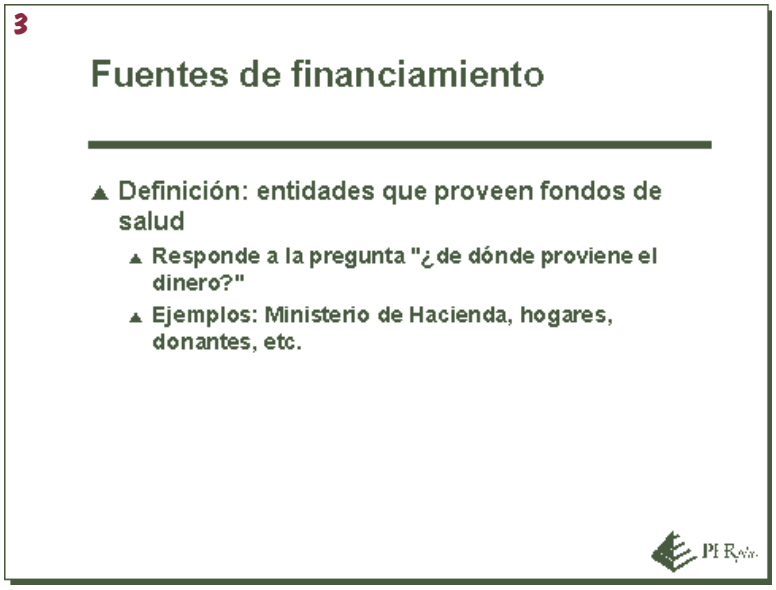
Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philotenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sector Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivos de aprendizaje

- Identificar las fuentes de financiamiento y los agentes financiadores
- Clasificar las Fuentes de financiamiento y los agentes financiadores utilizando el enfoque CNS manteniendo la coherencia con respecto a las categorías de la CICS

PHRplus

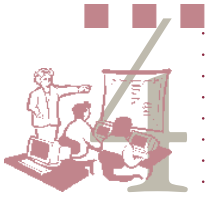


NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

ANTES de mostrar la transparencia, pregunte a los participantes si recuerdan la definición de "fuente de financiamiento".

NOTAS DEL EXPOSITOR

Cuando se clasifica una entidad como FS o HF, no suponga que esta entidad siempre jugará el mismo papel. Por ejemplo, el MDS puede ser a la vez agente financiador y fuente de financiamiento. Recuerde que se tiene que buscar la fuente de los fondos de la entidad y a quién entrega dichos fondos. La naturaleza de los fondos, y no de la institución, es la que determina à qué categoría pertenece: FS, HF, HP, o HC.



4

Clasificaciones de las fuentes de financiamiento

Código	Descripción
FS.1	Fondos públicos
FS.1.1	Fondos públicos territoriales
FS.1.1.1	- Entrada del Gobierno Central
FS.1.1.2	-Entrada de los gobiernos regionales y municipales
FS.1.2	Otros fondos públicos
FS.1.2.1	- Retorno sobre activos de una entidad pública
FS.1.2.2	- Otros
FS.2	Fondos privados
FS.2.1	- Fondos de empleadores
FS.2.1.1	-Fondos de empleadores paraestatales
FS.2.1.2	- Otros fondos de empleadores
FS.2.2	Fondos de los hogares
FS.2.3	Instituciones sin fines de lucro que atienden a particulares
FS.2.4	Otros fondos privados
FS.2.4.1	- Retorno sobre activos tenidos por una entidad privada
FS.2.4.2	- Otros
FS.3	Fondos provenientes del Resto del Mundo

Las filas sombreadas son subclasificaciones adicionales no incluidas en la ICHA

PH Rwa.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia y discuta las definiciones una por una, introduciendo las informaciones señaladas en las Notas del expositor.

Haga pausas y vea si hay preguntas o si se necesitan aclaraciones para cada una de las categorías.

El tiempo dedicado a esta transparencia debería ser al menos de 20 minutos.

Notas del expositor

El instructor deberá repasar primero las principales categorías de fuentes. Los códigos formados con un solo número designan las principales categorías de fuentes de financiamiento, es decir, los fondos públicos, los fondos privados y los del resto del mundo. Las líneas sombreadas son extensiones hacia, o expansiones de, la CICS (del SCS). La categoría FS constituye una dimensión de atención de salud totalmente nueva (no incluida en la CICS); por lo tanto, el cuadro aparece enteramente sombreado.

Para "FS.1 Fondos públicos"

Fondos del gobierno territorial: debe dar cuenta de todos los fondos generados por el gobierno territorial por concepto de ingreso general. Esto se refiere usualmente a las contribuciones del Ministerio de Finanzas a la atención de salud. Los ingresos del gobierno territorial incluyen los impuestos destinados específicamente a la atención de salud pero que se recaudan como impuestos al valor agregado (por ejemplo, las loterías nacionales que financian programas de salud específicos), y/o impuestos sobre la renta o el patrimonio. Nótese que esta clasificación no incluye las cotizaciones sociales recaudadas por el gobierno, las que suelen entrar en la categoría "Fondos del empleador".

Ingresos de los gobiernos regionales: se refiere a aquellos gobiernos locales que generan sus propios fondos gracias a los impuestos regionales, etc.

Otros fondos públicos: incluye los fondos generados como intereses devengados por depósitos u otros activos pertenecientes a entidades de salud públicas.

Para "FS.2 Fondos privados"

Fondos del empleador: se refiere a las contribuciones de un empleador privado al "programa de seguro "privado" de un empleado o a "programas de seguridad social" (generalmente obligatorios); por ejemplo Abt Associates Inc.

Fondos paraestatales: alude a empresas públicas o semi-públicas tales como las compañías aéreas. Si un país decide destacar los gastos paraestatales, puede hacerlo agregando esta subcategoría. El grado de autonomía de la empresa paraestatal en relación con el Estado permite definir si entra en la categoría de los fondos, ya sea públicos o privados. En Kenia, el gobierno estimó que era más apropiado incluir los fondos paraestatales en la categoría de los fondos "públicos".

Fondos de los hogares: éstos incluyen la seguridad social, las contribuciones a los seguros privados y los pagos directos a los proveedores para cubrir los co-pagos que no están cubiertos por los esquemas de seguro. Eventualmente, incluyen también a los servicios de los sanadores tradicionales, a su valor de mercado.

Instituciones sin fines de lucro que atienden a los hogares: instituciones sin fines de lucro nacionales (por ejemplo, la Fundación iraní Ayatola Jomeini).

Otros fondos privados: incluyen los pagos de intereses o ganancias generadas por las compañías de seguro, entre otras, destinados a la atención de salud. También comprenden los flujos netos de los préstamos del sector privado, utilizados por los proveedores o aseguradores para cubrir gastos corrientes.

Fondos del resto del mundo: FS.3: incluyen los fondos de salud a los que contribuyen donantes internacionales o bilaterales.

5

Clasificaciones de los agentes financiadores

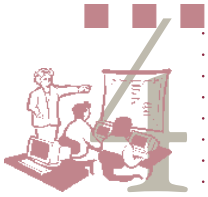
- Definición: Ejercen el poder y el control sobre la forma en que se usan los fondos, vale decir, TIENEN RESPONSABILIDADES PROGRAMÁTICAS
  - Responde a la pregunta: "¿Cómo se organizan y manejan los fondos?" Antes conocidos como los "intermediarios financiadores"
  - Reciben los fondos de manos de las fuentes y los utilizan para pagar los servicios, productos (farmacéuticos, por ejemplo) y actividades de salud.
  - Ejemplos: Ministerio de Salud, compañías de seguro

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Antes de debatir sobre esta transparencia, solicite al curso que dé la definición de la categoría HF.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Recuerde que la categoría HF reviste una gran importancia pues los agentes financiadores controlan la forma en que se usan los recursos. Por ejemplo, el Ministerio de Finanzas (MDF) entrega recursos al MDS pero no ejerce ningún control sobre su uso. En cambio, el MDS sí lo hace. Por ende, el MDS es el HF.



6

Clasificaciones de los agentes financiadores

Código	Descripción
HF.A	Sector público
HF.1.1	- Gobierno Territorial
HF.1.1.1	- Gobierno Central
HF.1.1.1.1	- Ministerio de Salud
HF. 1.1.2	- Gobierno Nacional/Provincial
HF. 1.1.3	- Gobierno Local/Municipal
HF.1.2	- Fondos de Seguro
HF.2.1.1	- Programas previsionales de los empleados públicos
HF.2.5.1	- Empresas paraestatales
HF.B	Sector Privado
HF.2.1.2	- Programas previsionales de los empleados privados
HF.2.2	- Empresas de Seguros Privados (aparte del seguro social)
HF.2.3	- Desembolsos de los hogares
HF.2.4	- Instituciones sin fines de lucro (ONG)
HF.2.5.2	- Empresas y corporaciones privadas no paraestatales (aparte del seguro social)
HF.3	Resto del mundo

Las filas sombreadas son subclasificaciones adicionales no incluidas en la ICHA

Nota para los instructores

Asegúrese de repasar las informaciones contenidas en las Notas del expositor antes de presentar la transparencia. Muestre la transparencia y tome su tiempo para examinar cada una de las clasificaciones.

Notas del expositor

Nuevamente, el instructor deberá empezar repasando las categorías amplias de HF (códigos con un número). Recuerde a los participantes que la naturaleza de un financiamiento para la salud (de dónde proviene y adónde se destina) es lo que determina la clasificación de una entidad en las categorías S, HF, HP o HC, y no la naturaleza de la institución por sí misma. Nótese también que HF incluye tanto las instituciones como ciertos "programas", por ejemplo los programas de seguros.

Dentro de las categorías que corresponden al gobierno general: "Público" incluye todas las unidades institucionales de fondos centrales, estatales y de seguridad social. Incluye también las instituciones sin fines de lucro que operan fuera del mercado y que están controladas y financiadas esencialmente por unidades públicas.

Ministerios específicos como el de Salud pueden agregarse como subcategorías en "gobierno central".

Gobiernos estatales: se refiere a aquellos que reciben fondos de otra institución (por ejemplo, el Ministerio de Hacienda) y asignan fondos a los proveedores. (Nos referimos a ellos como fuentes de financiamiento cuando se consideró que generan fondos de salud por medio de los impuestos; sin embargo, aquí se les considera como HF puesto que reciben fondos del MDS, por ejemplo, y luego los asignan. Recuerde a los participantes que "no hay problema" en ser clasificado como Fuente en una instancia y como Agente financiador en otra.

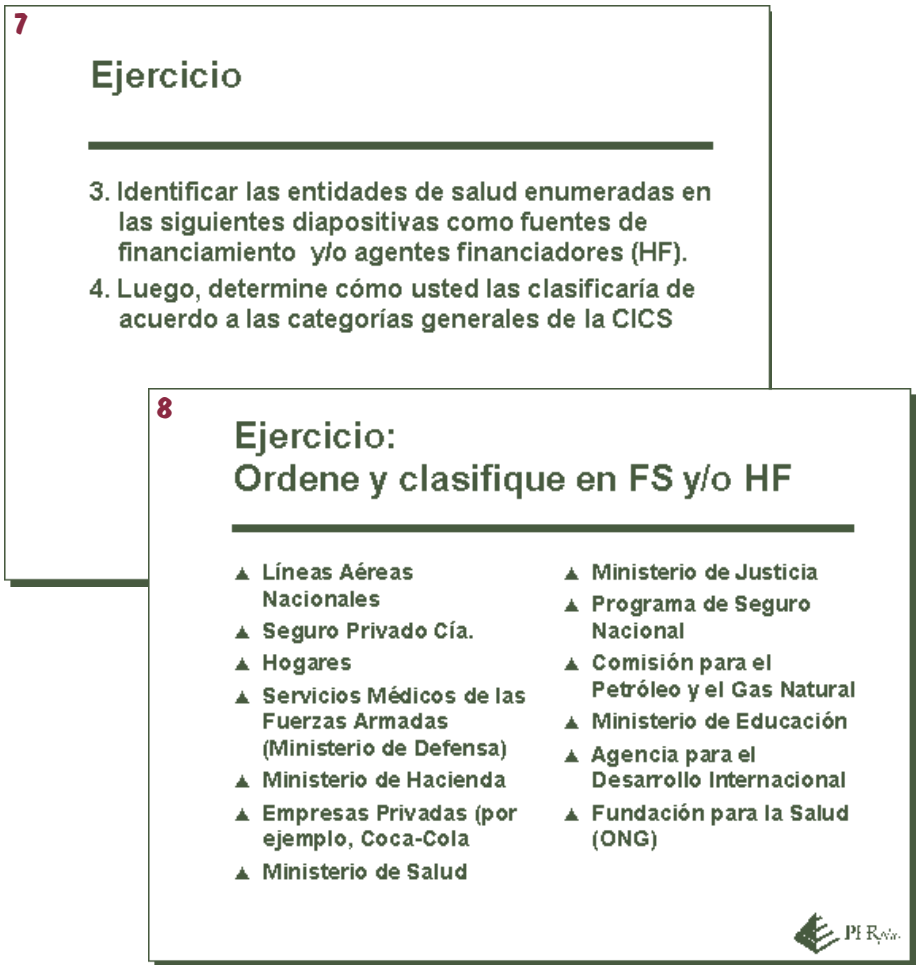
Fondos de seguridad social: son aquellos programas de seguro social generales financiados por contribuciones obligatorias del sector formal, para amplios sectores de la comunidad. Los fondos de seguridad social pueden incluir servicios no relacionados con la salud, tales como las pensiones, que deben ser excluidos de la estimación de los gastos de salud. Sólo la parte que corresponde a la salud debe ser capturada para las CNS.

Sector privado: comprende todas las unidades institucionales residenciales que no pertenecen al Estado.

Programas de seguro de empleadores privados: son aquellos programas obligatorios para determinados sectores de la población. Tales programas son "privados" en el sentido de que el Estado no los controla realmente pero son "sociales" dado que son obligatorios para pequeños grupos de individuos. Por ejemplo, se puede incluir las *cooperativas*, las que pertenecen a sus miembros y son controladas por ellos, aunque también puedan recibir contribuciones del Estado. Esta categoría incluye los programas de seguro establecidos por el Estado para sus empleados únicamente (por ejemplo, el seguro de los funcionarios públicos que puede existir afuera de los esquemas generales de seguridad social). Otro ejemplo sería el de Abt Associates, un compañía privada que obliga a sus empleados a suscribir algún tipo de cobertura de salud (aun cuando la empresa contribuye por su lado).

Compañías de seguros privadas (fuera del seguro social): se refiere a las compañías de seguros con o sin fines de lucro cuya membresía es voluntaria y que no reciben contribuciones del Estado. Son opcionales

Compañías y corporaciones privadas no paraestatales (aparte del seguro de salud): incluye todas las corporaciones cuyo propósito esencial no está relacionado con la atención de salud sino con la producción de otros bienes o servicios para el mercado. Por ejemplo, puede que Coca-Cola administre sus propios servicios de salud para sus empleados. Esta categoría podría incluir también las compañías paraestatales que provean atención de salud a sus empleados.



NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

El instructor necesitará disponer de información actualizada para poder adaptar el ejercicio al contexto específico de cada país.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Para la capacitación regional:

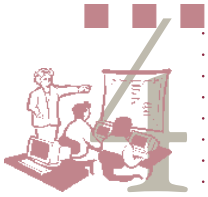
1) Ordene las entidades indicadas en las siguientes transparencias en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento y/o agentes financiadores.

2) Determine cómo las clasificaría de acuerdo a las categorías generales de la CICS.

Nuevamente, nótese que puede que algunas entidades sean a la vez fuente de financiamiento y agente financiador, por ejemplo el MDS o los gobiernos regionales. Esto depende del contexto del país y de la naturaleza de los fondos recibidos y asignados. Sin embargo, este ejercicio constituye un buen punto de partida para cualquier equipo nacional. Esta lista puede ser modificada y actualizada conforme el equipo vaya profundizando su conocimiento de su sistema de salud paralelamente a la recopilación de datos.

El instructor tiene que asegurarse que, cuando se creen subcategorías, se respetará una numeración consecutiva dentro de cada categoría. Por ejemplo: MDS. HF. 1.1.1.1 y MDJ HF.1.1.1.2.

Cont. page 4.126



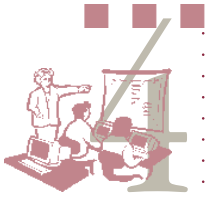
9

Ejercicio

- ¿Cuáles son las principales entidades de atención de salud en su país? Diseñe un diagrama de funcionamiento de sus estructuras de atención de salud nacionales/regionales
- ¿Cómo ordenaría esas entidades en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento y agentes financiadores?

NOTAS DEL EXPOSITOR

Transparencia opcional en el caso de unas CNS o de un SNCS (sistema nacional de cuentas de salud)



1

PHRplus

Unidad 4 (c): Clasificación de proveedores y funciones

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.U.U. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

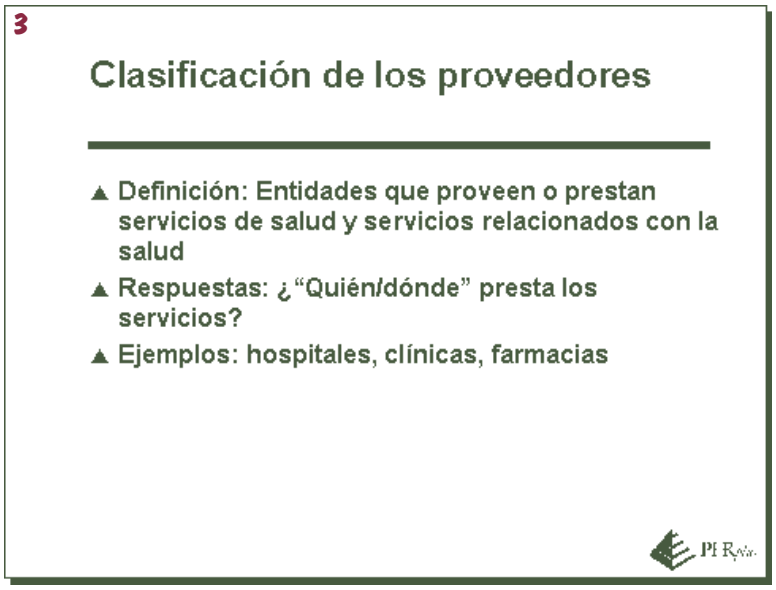
Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivos de aprendizaje

- Identificar los proveedores y las funciones
- Clasificar los proveedores y las funciones valiéndose del enfoque de las CNS y ajustándose a las categorías de la CICS

PHRplus

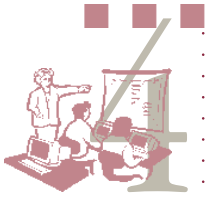


NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Haga un debate sobre la pregunta antes de mostrar esta transparencia.

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor deberá empezar solicitando a los participantes que den la definición de "proveedores".



4

Clasificación de PROVEEDORES

Código	Descripción
HP1	Hospitales
HP11	Hospitales generales
HP111	Hospitales generales del gobierno
HP112	Hospitales generales privados con fines de lucro
HP12	Hospitales de salud mental y toxicomanía
HP13	Hospitales especializados (fuera salud mental y toxicomanía)
HP2	Establecimientos de cuidados de enfermería y residenciales
HP3	Proveedores de atención de salud ambulatoria
HP31	Centros médicos
HP32	Centros odontológicos
HP33	Centros de otros profesionales de salud
HP34	Centros de atención ambulatoria
HP341	Centros de planificación familiar
HP342	Centros de at. ambulatoria de salud mental y toxicomanía
HP343	Centros de cirugía ambulatoria autónomos
HP344	Centros de atención de diálisis
HP345	Todos los demás servicios ambulatorios multiespecializados y cooperativos
HP35	Laboratorios médicos y de diagnósticos
HP4	Venta al detalle y otros proveedores de bienes médicos
HP41	Distribuidor de farmacéuticos
HP5	Ejecución y administración de programas de salud pública
HP6	Administración y seguros generales de salud
HP7	Todas las demás industrias (resto de la economía)
HP8	Instituciones proveedoras de servicios relacionados con la salud
HP9	Resto del mundo
HP.nsc	[illegible]

Las filas destacadas corresponden a subclasificaciones no incluidas en la OCDE

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Comience por señalar las principales categorías y revise las categorías seleccionadas que suelen exigir explicaciones más detalladas.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Hospitales: deben proveer al menos servicios de hospitalización (hospitalización: servicios de hotelería especializados) y pueden prestar atención ambulatoria como actividad secundaria. Deben dedicarse esencialmente al diagnóstico médico y a los servicios de tratamiento a los pacientes hospitalizados. Nótese que en algunos países, para ser considerados como tales, los hospitales deben disponer de un número mínimo de camas. Para los fines internacionales, debemos atenernos al criterio según el cual la atención a los pacientes hospitalizados constituye el propósito esencial del establecimiento.

Hospitales especializados: por ejemplo, ortopedia, medicina tradicional, tuberculosis, atención a los quemados.

Proveedores de atención de salud ambulatoria: incluye los establecimientos cuya función principal es la provisión de servicios ambulatorios. No se requiere que presten servicios de hospitalización.

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Prepare y oriente la discusión paso a paso y responda a las preguntas.

Centros de médicos: se refiere a los profesionales de salud que poseen un título de doctor en medicina o un diploma correspondiente y que se dedican esencialmente al ejercicio independiente de la medicina general o especializada. Estas categorías se refieren al ejercicio esencialmente privado de la medicina.

Centros de dentistas: al igual que “centros de médicos”, se refiere al ejercicio independiente esencialmente privado de la odontología.

Centros de otros profesionales de la salud: puede incluir el ejercicio privado de otros profesionales de la salud tales como los quiroprácticos y los optometristas. Puede agregarse una subcategoría para dar cuenta de los proveedores de “medicina tradicional”.

Centros de atención de salud ambulatoria: establecimientos que proveen servicios ambulatorios para un equipo médico y paramédico, u otro tipo de asistencia. Pueden reunir distintas especialidades o dedicarse a la atención primaria esencial.

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Pregunta para el curso: ¿dónde colocaría una clínica de pueblo atendida por una sola persona?

Respuesta: Las CNS no ofrecen una respuesta directa. Podría crearse en 3.4.5 ó 3.4.9.

Centros de cirugía ambulatoria autónomos: establecimientos que proveen servicios quirúrgicos sobre una base ambulatoria; por ejemplo: cirugía ortoscópica o de la catarata.

Todos los demás servicios ambulatorios multi-especializados y cooperativos: centros o clínicas de profesionales de la salud con distintos títulos, con más de una práctica especializada dentro del mismo establecimiento. Incluye los centros comunitarios de atención general ambulatoria y a las clínicas o policlínicas multi-especializadas.

Todas los demás centros comunitarios de atención de salud y centros de cuidados: no se limitan a la atención prestada por equipos multi-especializados.

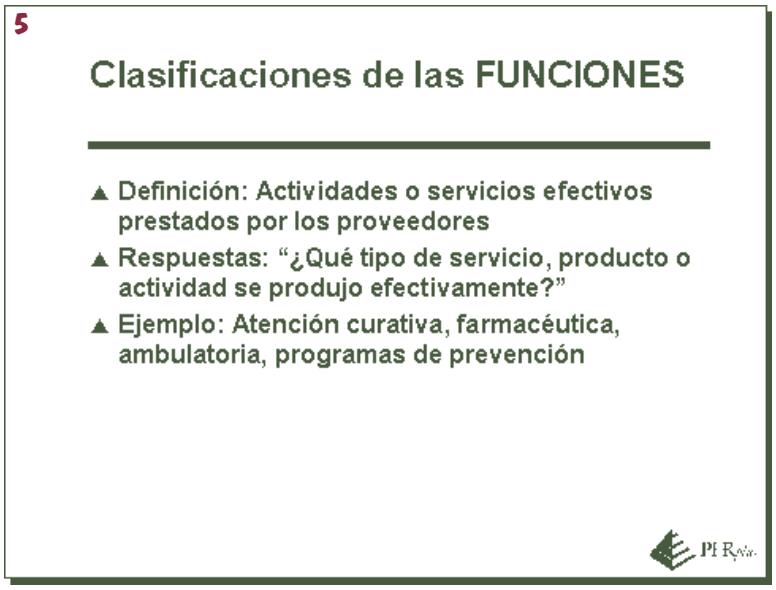
Distribuidores de farmacéuticos: farmacias (públicas y privadas).

Provisión y administración de programas de salud pública: incluye la administración y provisión de programas de salud pública tanto por parte del Estado como del sector privado.

Administración general de la salud y seguros: se refiere a los establecimientos que se dedican esencialmente a regular las actividades de las agencias que proveen atención y seguros de salud (tales como las agencias que regulan el otorgamiento de licencias a los proveedores, la seguridad en los lugares de trabajo, etc.).

Todas las demás instituciones (resto de la economía): incluye los proveedores de servicios de atención de salud laboral, a los hogares privados en tanto proveedores de “atención domiciliaria”, y todos los demás productores secundarios de atención de salud.

Proveedores de servicios relacionados con la salud: ¡recuerde la definición del término “relacionado con la salud”! Dichos proveedores son instituciones de investigación, de educación y capacitación, etc.

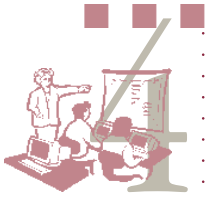


NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Comience por solicitarles a los participantes que definan lo que es para ellos una función.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Nótese que el desglose se hace por tipos de servicios y no por nivel de atención (primaria, secundaria, terciaria).



6

Clasificación de las FUNCIONES

Código	Descripción
HC 1	Servicios de atención curativa
HC 1.1	Atención curativa de pacientes internos
HC 1.2	Casos diarios de atención curativa*
HC 1.3	Atención curativa a pacientes externos *
HC 1.3.1	Servicios médicos y de diagnóstico básicos *
HC 1.3.2	Atención dental ambulatoria
HC 2	Servicios de rehabilitación
HC 3	Servicios permanentes de enfermería
HC 4	Servicios auxiliares a atención dental
HC 4.1	Laboratorio clínico
HC 4.2	Diagnóstico por imagen
HC 4.3	Transporte de emergencia y rescate de emergencia
HC 5	Instrumental médico para pacientes externos
HC 5.1	Productos médicos y otros productos perecibles
HC 5.1.1	Medicamentos prescritos
HC 5.1.2	Medicamentos adquiridos en farmacia
HC 5.1.3	Otros productos médicos perecibles
HC 6	Servicios de prevención y salud pública
HC 7	Administración de salud y seguro de salud
HC [illegible]	[illegible]
HCR 1-5	Funciones de salud relacionadas
HCR 1	Formación de capital para instituciones proveedoras de atención de salud
HCR 2	Educación y capacitación de personal de salud
HCR 3	Investigación y desarrollo en salud
HCR 4	Alimentación, higiene y control de agua potable
HCR 5	Salud ambiental
HC [illegible]	[illegible]

Las filas destacadas corresponden a subclasificaciones no incluidas en la OCDE

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

El instructor deberá estar bien preparado para hablar sobre cada función y responder a las preguntas.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Atención hospitalaria: el paciente debe ser admitido formalmente para una estadía nocturna.

Atención curativa en hospital de día (también llamados de corta estancia): incluye servicios, tales como cirugía ambulatoria, diálisis y atención oncológica, ninguno de los cuales requiere una estadía nocturna (en cuyo caso estarían clasificados como atención hospitalaria).

Atención curativa ambulatoria: incluye los servicios de atención de salud ambulatoria proveídos por médicos en los establecimientos de atención de salud ambulatoria o en áreas de establecimientos dedicadas a ésta –por ejemplo, puede que un hospital tenga un servicio de atención ambulatoria.

* Estas dos descripciones también producen confusiones entre los expertos internacionales. La mayoría de los países utilizan HC 1.3 Atención curativa ambulatoria como categoría principal para los servicios ambulatorios.

Servicios médicos y de diagnóstico básicos: incluye exámenes rutinarios, evaluaciones médicas, prescripción de farmacéuticos, asesoramiento rutinario a los pacientes, dietas, inyecciones y vacunas (en caso de que no estén cubiertos por los programas de atención de salud preventiva pública).

Servicios de prevención y de salud pública: incluye las campañas de vacunación. No incluye el asesoramiento de prevención entregado durante las visitas regulares a los médicos pues resulta muy difícil extraer esa información.

Funciones relacionadas con la salud: sólo la formación de capital (por ejemplo, construcción y equipamiento de las instituciones proveedoras) deberá ser incluida en la estimación de los “gastos totales de salud”. HCR2.5 sólo debe incluirse en la estimación de los “gastos generales de salud” (más inclusivos para las funciones relacionadas con la salud) y no en la estimación de los “gastos totales en salud”.

Dentro de HCR, la “Formación de capital para instituciones proveedoras de atención de salud” (por ejemplo, construcción de la nueva ala de un hospital) debe ser clasificada en HCR1, pero la formación de capital para una función “relacionada con la salud”, por ejemplo la construcción de un nuevo centro de capacitación de enfermería deberá reportarse en HCR2 “Educación y capacitación del personal de salud”.

HCR4 “Control de los alimentos, del agua potable y de la higiene” incluye los gastos realizados para los sistemas de agua cuya función esencial es la prevención de las enfermedades transmitidas por el agua.

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Comience por revisar la categoría amplia. Deje HCR para el final.

7

Ejercicio

1. Determine si las entidades de atención de salud que se muestran en las siguientes transparencias son proveedores o funciones
2. Luego determine cómo las clasificaría de acuerdo con las categorías generales de la CICS

8

Ejercicio: Ordene y clasifique como proveedor o como función

- Administración del Programa de Seguro Nacional (PSN)
- Transporte en Ambulancia
- Dispositivo CATSCAN
- Atención Dental
- Servicio de enfermería para ancianos
- Clínicas de Planificación Familiar
- Programa de prevención y educación en salud
- Audífonos
- Atención hospitalaria
- Pruebas de laboratorio
- Hospital Universitario
- Matrona
- Clínicas privadas
- Farmacias privadas
- Salarios del personal del MDS
- Salarios de los doctores
- Curandero tradicional
- Clínica de Salud de la Mujer

Nota para los instructores

Durante la capacitación de nivel regional, dedique dos horas a la realización de este ejercicio.

Notas del expositor

Para la capacitación de nivel nacional, las preguntas del ejercicio serán las siguientes:

1) ¿Cuáles son las principales entidades de atención de salud de su país y cómo las ordenaría en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento y agentes financiadores?

Será útil para el instructor empezar el ejercicio pidiendo a los participantes que diseñen un diagrama del sistema de atención de salud del país, o simplemente hagan una lista de las principales entidades de salud. Luego, el curso deberá examinar cada entidad relevante que figura en la lista y determinar si se trata de una fuente de financiamiento o bien de un agente financiador.

2) ¿Cómo clasificaría a los proveedores y a las funciones de su país (atendiendo las necesidades nacionales e internacionales)?

Puede resultar útil hacerlo en un rotafolio o un pizarrón/pizarra.

Generalmente, el curso se demora unas dos horas para responder a estas preguntas, dada la complejidad de los conceptos de proveedores y funciones y la necesidad de que los participantes logren hacerse una visión clara de la estructura del sistema de salud. En este caso, las entidades serán clasificadas ya sea como proveedores o funciones. No deberá haber ningún traslape.

Para la capacitación de nivel regional:

Se hacen las mismas preguntas pero tomando el caso de un país ficticio llamado Susmania.

1) Identifique las entidades de atención de salud que figuran en las siguientes transparencias como proveedores o funciones.

2) Determine cómo las clasificaría de acuerdo a las categorías generales de la CICS.

De nuevo, nótese que: puede que algunas entidades sean a la vez una fuente de financiamiento y un agente financiador, por ejemplo el MDS o los gobiernos regionales. Esto depende del contexto del país y de la naturaleza de los fondos recibidos y asignados. Sin embargo, este ejercicio constituye un buen punto de partida para cualquier equipo nacional (esta lista puede ser modificada y actualizada conforme el equipo vaya profundizando su conocimiento de su sistema de salud paralelamente a la recopilación de datos).

El instructor tendrá que asegurarse que, cuando se creen subcategorías, se respetará una numeración consecutiva dentro de cada categoría. Por ejemplo: MDF. HF. 1.1.1.1 y MDJ HF.1.1.1.2.

9

Ejercicio de síntesis sobre clasificación funcional

▲ ¿Cómo clasificaría usted las actividades siguientes en un grupo funcional de clasificación?

Los donantes han prendado sus gastos según el siguiente desglose:	¿Clasificación CNS?
Servicios de atención primaria	
Servicios de atención secundaria/terciaria	
Capacitación	
Investigación	
Información, educación y comunicación	
Administración	

NOTAS DEL EXPOSITOR

Servicios de atención primaria: HC 1.3 Atención curativa ambulatoria

Servicios de atención secundaria/terciaria: HC 1.1 Atención curativa hospitalaria

Capacitación: H.CR 2 Educación y capacitación del personal de salud

Investigación: investigadores (HCR 3 Investigación y desarrollo en salud)

Información, Educación y Comunicación: HC 6.9 Todos los demás bienes de salud pública misceláneos

Administración: Administración de la salud y seguros de salud – privados (HC 7.2)

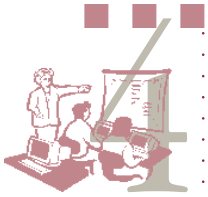
10

Ejercicio

1. ¿Cuáles son los principales proveedores de salud y de servicios en su país?
2. ¿Cómo las clasificaría usted estas entidades en proveedores y funciones?

NOTAS DEL EXPOSITOR

Transparencia opcional



1

PHRplus

Unidad 4d: Elaboración y lectura de los cuadros

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.U.U. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philosenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivos de aprendizaje

- Comprender la estructura de cada cuadro
- Ser capaces de rotular los encabezados de las columnas y filas de cada cuadro según las pautas de la CICS

PHRplus

3

Cuadros básicos de CNS (1-4)

Es recomendable que los países elaboren por lo menos las siguientes cuatro tablas

- Cuadro 1. FS x HF
- Cuadro 2. HF x HP
- Cuadro 3. HF x HC
- Cuadro 4. HP x HC

4

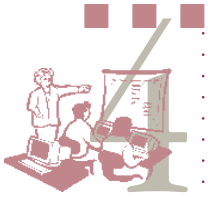
Lectura de un cuadro de CNS: (FS x HF)

- Los fondos fluyen hacia abajo desde los "originadores" (encabezados de columnas)

↓

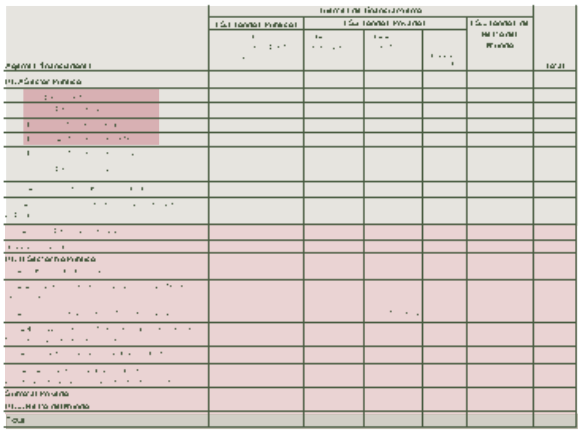
"receptores/usuarios" (encabezados de filas)

- El monto total gastado por cada "originador" aparece al pie de cada columna
- El monto total recibido por cada "receptor/usuario" aparece al final de cada fila



5

Lectura de un cuadro de CNS (FSxHF)



NOTAS DEL EXPOSITOR

Un cuadro se lee de arriba hacia abajo y transversalmente

Los fondos fluyen hacia abajo, desde los “originadores” (encabezados de columna) hacia los “receptores/usuarios” (encabezados de filas).

El monto total gastado por cada “originador” figura abajo de cada columna.

El monto total recibido por cada “receptor/usuario” figura al final de cada fila.

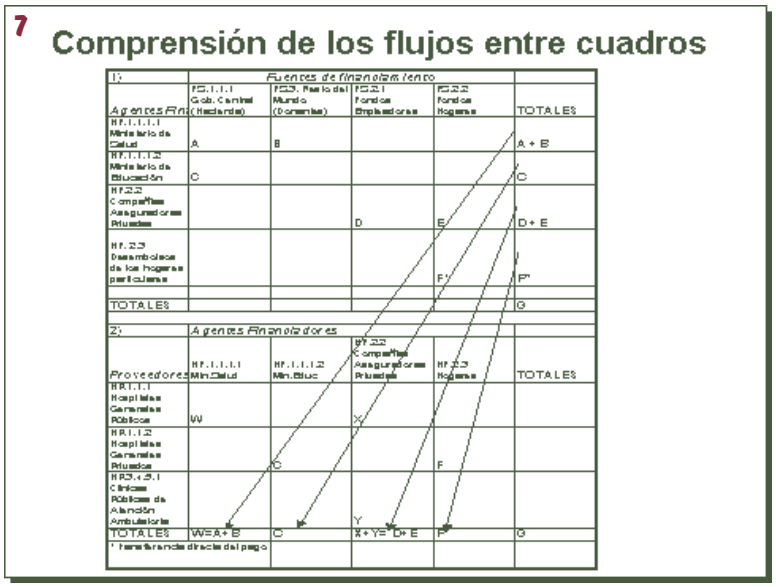
Indique las transferencias directas (por ejemplo, los hogares se registran en la lista como HF para servir como parámetro ficticio que ilustra una transferencia directa de fondos desde la fuente de financiamiento hacia el proveedor).

Las nuevas categorías que no forman parte de la CICS están sombreadas en rojo.

6

Comprensión de los flujos entre cuadros

- ▲ Los encabezados de fila en un cuadro se transforman en encabezados de columna u “originadores” en el siguiente cuadro
- ▲ Por ende, los “totales” de fila del primer cuadro se transforman en “totales” de columna del segundo cuadro
- ▲ El Gasto Total en Salud (GTS) – el número contenido en la celda ubicada en el extremo inferior derecho de cada cuadro– es el mismo en cada cuadro



7

Comprensión de los flujos entre cuadros

1:	Fuentes de financiamiento				
Agentes Fin	FS.1.1.1 Gob. Central (Hacienda)	FS3. Resto del Mundo (Donantes)	FS2.1 Fondos Empleadores	FS2.2 Fondos Hogares	TOTALES
HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	A	B			A + B
HF.1.1.12 Ministerio de Educación	C				C
HF.22 Compañías Aseguradoras Privadas			D	E	D + E
HF.23 Desembolsos de los hogares particulares				F*	F*
TOTALES					G
2:	Agentes Financiadores				
Proveedores	HF.1.1.1.1 Min.Salud	HF.1.1.12 Min.Educ	HF.22 Compañías Aseguradoras Privadas	HF.23 Hogares	TOTALES
HR.1.1.1 Hospitales Generales Públicos	W		X		
HR.1.1.2 Hospitales Generales Privados		C		F	
HR3.4.5.1 Clínicas Públicas de Atención Ambulatoria			Y		
TOTALES	W=A+B	C	X+Y=D+E	F*	G
* Transferencias directas del pago					

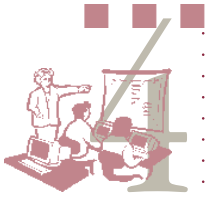
Nota para los instructores

Asegúrese de que los participantes examinen la lista de Funciones en el manual sobre la CICS.

Notas del expositor

Los encabezados de filas de un cuadro se transforman en encabezados de las columnas del cuadro siguiente. Por ende, los totales de filas del primer cuadro se transforman en totales de columnas del segundo cuadro.

El gasto nacional total en salud es la cifra que figura en la celda inferior derecha de cada cuadro y es igual en todos los cuadros.



8

Posibles estimaciones "totales" de gastos en salud

- Para efectos de comparación internacional:
- Gasto Actual Total en Salud (GATS) – compuesto sólo de HC.1-7.
- Esto incluye los gastos en atención de salud personal, más gasto por servicios de salud colectiva y operación de los agentes financieros del sistema.
- Gasto Total en Salud (GTS) – compuesto de HC.1-7 y HCR.1 (formación de capital para instituciones proveedoras de atención de salud). Esto es lo que usualmente se mide en la mayoría de los países.
- Para efectos nacionales:
- Gasto en Salud Nacional (GSN) – Esta estimación total apunta mejor a las necesidades y preocupaciones de los encargados de políticas. Puede o no incluir cualquiera de las funciones relacionadas de HC.R.2-5.

Nota para los instructores

Recalque que ésta es la apariencia que debe tener un cuadro de Fuentes de financiamiento por Agentes financiadores.

Notas del expositor

Las CNS ofrecen la posibilidad de calcular tres estimaciones de gastos de salud que un país podría estar interesado en medir.

El GTCS o gasto total corriente en salud – se refiere solamente a los gastos de salud directos. Excluye los gastos relacionados con la atención de salud. Estos últimos incluyen los gastos en personal de atención de salud, más los gastos en los servicios de salud colectivos y relacionados con el funcionamiento de los agentes financiadores del sistema.

El GTS o gasto total en salud –incluye todos los gastos de salud directos como también una de las funciones relacionadas con la atención de salud, vale decir la formación de capital. Siempre que mencionemos el GTS, lo haremos en referencia a esta definición específica.

El GNS o gasto nacional en salud – Esta estimación total es la que mejor responde a las necesidades y preocupaciones de los encargados de elaborar políticas. Puede incluir o no cualquiera de las funciones relacionadas con la salud registradas en HC.R 2-5.

9 Agentes de financiamiento a proveedores

	Agente Financiador									
	HF.A Gobierno General					HF.B Sector no público				
	HF.1.1 Gobierno Territorial			HF.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales	HF.2.5.1 Empresas paraest.	HF.2.1 Seguro social privado	HF.2.3 Pagos direct. de hogares	HF.2.5.2 Emp. y coop. no paraestatales privadas	HF.3 Resto del mundo	Filas totales y mrgnl. gasto totales
Proveedor	HF.1.1.1 Gobierno Central	HF.1.1.2 Gobierno estaj/provinc.	HF.1.2 Fondos Seg. Social							
HP.1 Hospitales										
HP.2 Aten. de enferm y resid.										
HP.3 Proveedores de al. amb.										
HP.4 Venta min. y vent. prol. méd.										
HP.5 Prov y adm HP										
HP.6 Adm. e inc. gen. de salud										
HP.7 Industrias restantes										
HP.8 Establ. que proveen otros servicios de salud relacionados										
HP.9 Resto del mundo										

Notas del expositor

Usted ha visto como se presenta un cuadro FS x HF. Este es un cuadro HF x HP.

Los códigos deben figurar en la parte superior y el descriptor debe ser de la CICS. En caso de que un país quisiera usar su propio descriptor, deberá dejar el descriptor CICS entre comillas.

El instructor debe mostrar cuáles son los tipos de estimaciones de “TOTALES” que se pueden calcular a partir de cada cuadro y qué encabezados de columna/fila son o no necesarios para obtener un total específico.

Respecto del cuadro HF x HP, deberá señalar lo siguiente:

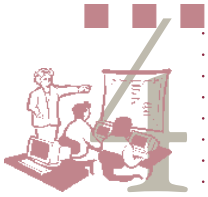
La categoría HP.8 se agregó a la CICS para que se pueda elaborar este cuadro para distintos gastos agregados. Si el Cuadro 2 se elabora para H0 ó H1, tal como figura en OCDE 2000, sólo incluirá las instituciones proveedoras de atención de salud y HP 8 no será necesario. Si el Cuadro 2 se prepara para H2, deberá incluir el gasto realizado en instituciones proveedoras de servicios y actividades relacionados con la atención de salud, por ejemplo las instituciones de investigación y capacitación, los que tendrán que ser registrados en HP 8.

10 Proveedores a funciones

	P x F									
	HP 1	HP 2	HP 3	HP 4	HP 5	HP 6	HP 7	HP 8	HP 9	
	Hospitales	Residencias y enfermería	Proveedores de atención de salud ambulatoria	Vendedores min. y otros proveedores de ins. médico	Presi. y adm. de progr. de salud pÚbl.	Adm. Y seg. de salud general	Otras industrias (resto de la economía)	Est. presi. de serv. rel. de salud	Resto del mundo	Fila totales y gastos de salud totales
HC 1 y HC 2 Servicios de atención curativa y rehabilitación										
HC 3 Servicios prolongados de enfermería										
HC 4 Servicios auxiliares										
HC 5 Bienes médicos dispensados a pacientes externos										
HC 6 Prevención y servicios de salud pÚblica										
HC 7 Administración de programas de salud y seguros de salud										
Subtotal: Gasto total actual en salud										
(Entradas adicionales para HC.R si son recolectadas por pago)										
Gasto Nacional en Salud										

Notas del expositor

El instructor tendrá que repasar los diferentes totales estimados.



11 Agentes de financiamiento a funciones

FA x F										
	HF A Sector público					HF. II Sector no público				
	HF.1.1 Gobierno Territorial			HF.21.1	HF..25.1	HF.21	HF.23	HF.25.2	HF.3	Fila 1 dates y mult. gasto Mates
	HF.1.1.1 Gobierno Central	HF.1.1.2 Gobierno estaj/provinc	HF.1.2 Fondos Seg. Social	Programas prestadores para empleados estatales	Empresas para est.	Seguros social privado	Pagos direct. de hogares	Emp. y org. no para estatales privadas	Resto del mundo	
HC.1 y HC.2 Servicios de atención curativa y rehabilitadora										
HC.3 Servicios proporcionados de enfermería										
HC.4 Servicios auxiliares										
HC.5 Bienes médicos dispensados a pacientes externos										
HC.6 Servicios de prevención y salud pública										
HC.7 Administración/mte prog. de salud y seguro de salud										
(Entradas adicionales para HCP, si son relevantes por país)										
Gasto Nacional en Salud										

12 Cuadros adicionales de CNS

- Gasto actual total en salud (GATS) en grupos por edad y por género (HF x E/G)
- Gastos en salud por región (HF x R)
- Gasto actual en salud por agentes financiadores para la población clasificada por quintil de gastos del hogar per cápita (HF x GHC)
- Asignar diferentes tipos de insumo por agentes financiadores (HF x I): clasificación de insumos para todos aquellos productos destinados a la atención de salud y los servicios relacionados con la salud
- La distribución del gasto actual en salud por agentes financiadores para la población clasificada por grupo de enfermedad (HF x GDE)

13

Tablas adicionales: por ej. agentes de financiamiento x región

	Agente Financiador									
	HF.A Sector público					HF.II Sector no público			HF.3 Resto del mundo	Fin. totales y medid. gasto totales
	HF.1.1 Gobierno Territorial			HF.21.1 Programas prestadoras para empleados estatales	HF.25.1 Empresas para est.	HF.21 Seguros social privado	HF.23 Pagos directo. de hogares	HF.25.2 Emp. y coop. no para estatales privadas		
	HF.1.1.1 Gobierno Central	HF.1.1.2 Gobierno est./provinc.	HF.1.2 Fondos Seg. Social							
Región I										
Región II										
Región III										
Región IV										
Región V										

PI Rww.

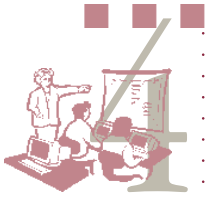
NOTAS DEL EXPOSITOR

Estos cuadros suelen elaborarse si el flujo de fondos permite extraer información que sea de utilidad para una prioridad política y si los datos están disponibles.

El instructor deberá enfatizar que todos los cuadros ilustran flujos de fondos desde “AGENTES FINANCIADORES” hacia un grupo beneficiario específico. Puede preguntar a los participantes por qué los flujos siempre parten de los agentes financiadores. De nuevo, la explicación radica en que los HF son los actores más potentes del sistema de salud y ejercen el mayor “control” sobre la **distribución de los recursos**. Usualmente, son los que revisten más importancia para los propósitos políticos. Por ejemplo, un cuadro que muestra los flujos desde las fuentes de financiamiento hacia distintos grupos definidos por el sexo no tendría relevancia en términos políticos dado que el MDF no asigna fondos para mantener la equidad entre los sexos; ésa es más bien responsabilidad delMDS.

Todos estos cuadros requieren esfuerzos adicionales por parte del equipo de CNS en cuanto a la recopilación de datos. Asimismo, podrían surgir problemas específicos durante su elaboración.

Generalmente, la compilación del Cuadro HF x Insumos resulta más fácil pues muchos gobiernos rastrean los gastos por medio de estas partidas presupuestarias: salarios, mantenimiento, inversión de capital, etc.



14

Tablas adicionales: por ej. agentes financiadores x quintil de gastos del hogar per cápita

	Agente Financiador									
	HF.1 Sector público					HF.2 Sector no público				
	HF.1.1 Gobierno Territorial			HF.2.1.1	HF.2.5.1	HF.2.1	HF.2.3	HF.2.5.2	HF.3	Fila totales y mediat. gasto totales
	HF.1.1.1 Gobierno Central	HF.1.1.2 Gobierno est./provinc.	HF.1.2 Fondos Seg. Social	Programas previsionales para empleados estatales	Empresas paraest.	Seguro social privado	Pagos direct. de hogares	Emp. y coop. no paraestatales privadas	Resto del mundo	
Quintil Inferior										
Quintil 2 de gasto										
Quintil 3 de gasto										
Quintil 4 de gasto										
Quintil superior										

NOTAS DEL EXPOSITOR

Este cuadro es cada vez más valorado por los países, especialmente por aquellos que son muy descentralizados o que buscan resolver los problemas de inequidad.

15

Tablas adicionales: por ej. agentes financiadores x insumos

	FAXI									
	HF.1 Sector público					HF.2 Sector no público				
	HF.1.1 Gobierno Territorial			HF.2.1.1	HF.2.5.1	HF.2.1	HF.2.3	HF.2.5.2	HF.3	Fila totales y mediat. gasto totales
	HF.1.1.1 Gobierno Central	HF.1.1.2 Gobierno est./provinc.	HF.1.2 Fondos Seg. Social	Programas previsionales para empleados estatales	Empresas paraest.	Seguro social privado	Pagos direct. de hogares	Emp. y coop. no paraestatales privadas	Resto del mundo	
Mano de obra										
Servicios sin mano de obra										
Insumos materiales										
Prod. farmacéuticos										
Otros insumos										
Equipamiento médico										
Otro equipamiento y bienes duraderos										
Bienes de capital										
Edificios y estructuras										
Otros bienes de capital										
Total										

16

Tablas adicionales: por ej. agentes financiadores x grupo de enfermedad

EA x I										
	HF.1 Gobierno público					HF.2 Gobierno público				
	HF.1.1 Gobierno Territorial			HF.2.1.1	HF.2.5.1	HF.2.1	HF.2.3	HF.2.5.2	HF.3	Total costos y mediad. gasto totales
Grupos de enfermedad	HF.1.1.1 Gobierno Central	HF.1.1.2 Gobierno s. Locales	HF.1.2 Fondos Seg. Social	Programas prestaciones para empleados estatales	Empresas pacient.	Seguros social privado	Pagos direct. de hogares	Emp. y coop. no para estatales privadas	Resto del mundo	
GAD.1 Enfermedades contagiosas, emisiones materias y prod. y deficiencias alimentarias										
GAD.1.1.2 Enfermedades de transmis. sexual										
GAD.2 Enfermedades no contagiosas										
GAD.3 Heridas										
Total										

Unidad 4 - Ejercicios

Pregunta 1 para el debate

¿Qué es el seguro social? ¿Cuándo se considera privado o público?

Respuesta

Ejercicio 1 para la capacitación nacional

¿Cuáles son las principales entidades de atención de salud de su país y cómo las ordenaría en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento y agentes financiadores?

Respuesta

Tratándose del desarrollo de clasificaciones nacionales, no existen respuestas correctas o incorrectas, pero alentamos a los países a clasificar sus gastos en atención de salud de acuerdo a la CICS.

Identificación y clasificación de las fuentes de financiamiento

ICHA code	Description

Ejercicio 2 para la capacitación nacional

¿Cómo clasificaría las fuentes de financiamiento y los agentes financiadores de su país (atendiendo las necesidades nacionales e internacionales)?

Respuesta

Tratándose del desarrollo de clasificaciones nacionales, no existen respuestas correctas o incorrectas, pero alentamos a los países a clasificar sus gastos en atención de salud de acuerdo a la CICS.

Identificación y clasificación de los agentes financieros

ICHA code	Description

Ejercicio 3 para la capacitación nacional

¿Cuáles son las principales entidades de atención de salud de su país y cómo las ordenaría en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento, agentes financiadores, proveedores y funciones?

Respuesta

Tratándose del desarrollo de clasificaciones nacionales, no existen respuestas correctas o incorrectas, pero alentamos a los países a clasificar sus gastos en atención de salud de acuerdo a la CICS.

Identificación y clasificación de los proveedores

ICHA code	Description

Identificación y clasificación de las funciones

ICHA code	Description

Ejercicio 1 para la capacitación regional

Ordene las siguientes entidades en las categorías correspondientes a fuentes de financiamiento, agentes financiadores, proveedores y funciones.

Administración del Programa de Seguro Nacional
Transporte en ambulancia
Servicios médicos de las fuerzas armadas
CATSCAN
Hospital del gobierno central
Atención odontológica
Cuidados de enfermería a los ancianos
Clínica de planificación familiar
Fundación para la salud (ONG)
Programa de prevención y educación en salud
Ayudas auditivas
Hogares
Atención de pacientes hospitalizados
Agencia para el Desarrollo Internacional (ADI)
Pruebas de laboratorios
Universidad Médica
Parteras
Ministerio de Finanzas
Ministerio de Salud
Ministerio de Justicia
Ministerio de Educación
Líneas Aéreas Nacionales
Programa de Seguro Nacional (PSN)
Comisión para el petróleo y el gas natural
Clínicas privadas
Empresas privadas, por ejemplo, Coca-Cola
Private Insurance Inc.
Farmacias privadas
Farmacias públicas
Salarios de los médicos
Salarios del personal del Ministerio de Salud
Curanderos tradicionales
Clínica para la Salud de la Mujer (ONG)

NOTA: Puede que algunas entidades sean a la vez fuente de financiamiento y agente financiador, por ejemplo el MDS o los gobiernos regionales. Esto depende del contexto del país y de la naturaleza de los fondos recibidos y asignados. Sin embargo, este ejercicio constituye un buen punto de partida para cualquier equipo nacional. Esta lista puede ser modificada y actualizada conforme el equipo vaya profundizando su conocimiento de su sistema de salud paralelamente a la recopilación de datos.

Ejercicio 2 para la capacitación regional

Determine cómo clasificaría las entidades que figuran en la lista según las categorías generales de la CICS.

Administración del Programa de Seguro Nacional
Transporte en ambulancia
Servicios médicos de las fuerzas armadas
CATSCAN
Hospital del gobierno central
Atención odontológica
Cuidados de enfermería a los ancianos
Clínica de planificación familiar
Fundación para la salud (ONG)
Programa de prevención y educación en salud
Ayudas auditivas
Hogares
Atención de pacientes hospitalizados
Agencia para el Desarrollo Internacional (ADI)
Pruebas de laboratorios
Universidad Médica
Parteras
Ministerio de Finanzas
Ministerio de Salud
Ministerio de Justicia
Ministerio de Educación
Líneas Aéreas Nacionales
Programa de Seguro Nacional (PSN)
Comisión para el petróleo y el gas natural
Clínicas privadas
Empresas privadas, por ejemplo, Coca-Cola
Private Insurance Inc.
Farmacias privadas
Farmacias públicas
Salarios de los médicos
Salarios del personal del Ministerio de Salud
Curanderos tradicionales
Clínica para la Salud de la Mujer (ONG)

Ejercicio de síntesis

¿Cómo clasificaría las actividades indicadas a continuación por categorías funcionales?

Los donantes reportaron sus gastos según el siguiente desglose:	¿Clasificación en las CNS?
Servicios de atención primaria	
Servicios de atención secundaria/terciaria	
Capacitación	
Investigación	
Información, educación y comunicación	
Administración	

5

Unidad 5
Recolección de Datos

Duración

Capacitación regional: 60 minutos

Capacitación nacional: 60 minutos

Objetivos de aprendizaje

Al final de esta Unidad, los participantes:

- Habrán aprendido los pasos recomendados para organizar el proceso de recolección de datos, incluido el plan de datos
- Conocerán técnicas básicas para asegurar la exactitud y relevancia de los datos capturados
- Estarán familiarizados con diferentes fuentes secundarias de datos, sus fortalezas y debilidades
- Sabrán cuándo recurrir a datos primarios y qué elementos considerar al momento de diseñar encuestas

Objetivos de aprendizaje

- ▲ Aprender los pasos recomendados para organizar el proceso de recolección de datos, incluido el plan de datos
- ▲ Conocer técnicas básicas para asegurar la exactitud y relevancia de los datos capturados
- ▲ Familiarizarse con diferentes fuentes secundarias de datos, sus fortalezas y debilidades
- ▲ Saber cuando recurrir a datos primarios y que elementos considerar el momento de diseñar encuestas

Nota para los instructores

Ahora que hemos sentado las bases para nuestro trabajo, estamos listos para abordar el punto crucial de las CNS, que consiste en recopilar los datos necesarios y luego analizarlos. La producción de CNS supone el registro previo de un gran volumen de datos de varios actores del sector de la salud: ministerios, donantes, hogares, proveedores y empresas, tales como las compañías de seguro y los laboratorios farmacéuticos.

Contenido

- El proceso de recolección de datos
- Cómo crear un plan de datos
- Técnicas para obtener datos exactos y relevantes
- Cómo identificar fuentes secundarias de datos: sus fortalezas, sus debilidades, y cómo lidiar con sus debilidades
- Recopilación de datos primarios – elementos clave de los cuestionarios de las encuestas

Ejercicios

- Discuta acerca de las fortalezas y debilidades de las fuentes de datos de su país
- Haga un bosquejo de un plan de datos

I. El proceso de recolección de datos

Recopilación de la información correcta – preguntas iniciales-

- ¿Cuáles son las definiciones y los límites de los gastos en salud?
- ¿A qué interrogantes de política responden las CNS?
- ¿Qué nivel de detalle es deseable? ¿Cuan desagregado deben estar los datos?
  - Por ejemplo, ¿a nivel regional o nacional?

El instructor debe abordar este tema recordándoles a los participantes que **el equipo de CNS debe valerse de definiciones de gasto de salud acordes con el país al momento de recopilar los datos.** Para ello, se deben tener en mente algunas preguntas iniciales al momento de organizar el proceso de recolección de datos. Estas preguntas ayudan a determinar cuáles son los tipos de datos «apropiados» para las CNS:

- **¿Cuáles son las definiciones y límites de los gastos de salud según lo que ha identificado el equipo de CNS?** Esta información debe determinarse antes de iniciar el proceso de recolección de datos.
- **¿Cuáles son los temas de política de salud que se pretende abordar a través de las CNS?** Estos temas de política determinan los tipos de datos relacionados con el gasto en salud que se requieren: por ejemplo, tipos de enfermedades, estado socioeconómico, grupos demográficos, propiedad de los servicios.
- ¿Qué nivel de detalle es deseable? ¿Cuán desagregados deben estar los datos? Por ejemplo, ¿se debe adaptar a medida la información para su uso en el nivel regional o nacional?

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 3 y 4 y anime el debate incorporando información de las Notas del Expositor.

Cómo crear un plan de datos

Creación de un plan de datos (1/2)

- Establece el plan de acción para la captura de datos primarios y secundarios y responde claramente a lo siguiente:
- ¿Quién es en última instancia responsable de la captura de cada tipo de dato?
- ¿Qué tipos de datos se requieren? ¿Qué nivel de detalle? ¿Qué período debe cubrir la información?
- ¿Cuándo se recopilará la información? ¿Cuál es el plazo último para obtener la información?
- ¿Dónde debería el equipo de trabajo obtener la información?
  - Solicítele al Comité Director que:
    - Identifique las fuentes secundarias de datos secundarios
    - Facilite el acceso a los datos

Con estas preguntas de fondo, el instructor introduce la idea de desarrollar un **plan de datos.** Este plan de datos contesta las preguntas quién, qué, cuándo y dónde de la estrategia de recolección de datos (GP: pág. 68, 6.06-6.14)

- **¿Quién** será responsable de recolectar qué tipo de datos?
- **¿Qué** tipo de información se requieren? ¿Con qué nivel de detalle? ¿Qué período de tiempo deberían cubrir los datos?

- **¿Cuándo** será recolectada la información? ¿Cuál es la fecha límite para obtener los datos?
- **¿Dónde** debería el equipo obtener los datos? En este punto el Comité Director puede ser de gran ayuda. El CD debe asesorar al equipo de l asCNS en la identificación de las fuentes secundarias de datos, pero también facilitarle el acceso a dichos datos.
- **¿Por qué** se recomienda un plan de datos?
  - Permite asegurar el cumplimiento de la actividad en un plazo determinado
  - Distribuye la tarea de recopilación de datos entre todos los miembros del equipo de CNS
  - Facilita la posibilidad de realizar múltiples recopilaciones simultáneas de datos, lo que ayuda al cumplimiento de los plazos establecidos
  - También facilita el proceso de recopilación de datos puesto que cada miembro del equipo tiene la responsabilidad de recolectar datos de una o dos fuentes
  - El dividir el proceso de recopilación de datos facilita la identificación de las desagregaciones en el proceso de recopilación de datos

Creación de un plan de datos (2/2)

¿Por qué?

- ▲ Para asegurar el cumplimiento de los plazos
- ▲ La división del trabajo dentro del equipo hace más manejable el proceso
- ▲ Es más fácil identificar cualquier problema en el proceso de captura de datos cuando éste es dividido en pequeñas secciones

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 7 y 8 y anime el debate incorporando información de las Notas del Expositor.

Las transparencias 7 y 8 contienen un plan de recopilación de datos que el instructor puede mostrar como un ejemplo ilustrativo de plan de datos. Aparece bajo la forma de cuadro. Generalmente, se realizan dos cuadros, uno para la recopilación de datos primarios y otro los datos secundarios. Se recomienda identificar en primer lugar las fuentes de datos secundarios: la información que no esté disponible a través de fuentes secundarias tendrá que ser recopilada a través de encuestas especializadas. Los países no deben asumir que en todas las actividades de CNS será necesario recopilar datos primarios a través de encuestas **–casi 80 por ciento de los datos de CNS ya existe bajo**

Ejemplo de plan de datos para fuentes secundarias

Balances financieros de hospitales PRIMOOS	Steven Michir- Dep. de Planificación, MdS	Asociación de Hospitales de Kenya- Presidente	30-Nov02
Registros del Depto. de licencias (Doctores, Dentistas, Enfermeras Farmacéuticos Directores clínicos, etc) - MdS	Ibrahim Mohammed (responsable)- NASCOP- por As. de Médicos y Dentistas Esther A Ogara, Jefe HMIS- para As. de Clínicas Farmacéuticos y Enfermeras	Personas destacas de los Deptos. de Licencias	30-Nov02
Computador de HMIS - Octubre 2002 (repetido)	Esther Ogara, Jefe, HMIS	No es necesario contactar terceros	1-Mar03
Registros de Hogares			
KDHS - (1993)	Esther Ogara, Jefe, HMIS	No es necesario contactar terceros	1-Oct-02
Encuesta de Ingresos y Gastos - 1998	Geoffrey Kimani, Dep. de Planificación, MdS	No es necesario contactar terceros	15-Oct-02

Ejemplo de plan de datos para fuentes primarias

Plan de Datos de CNS de Kenia					
Para Servicios Primarios	*ENCARGADO DE REGISTROS: Geoffrey Kimani, Departamento de Planificación, MdS*				
Nombre de fuente de dato	Responsable de Equipo CNS para coordinar el diseño de la encuesta y desarrollar el plan de trabajo específico	Persona que contactar (por ej. Del Comité Director) para consultar cuándo diseñar la encuesta	Fecha límite para juntarse con contacto y finalizar la encuesta	Fecha límite para la prueba	Fecha límite para conducir la encuesta y recopilar la información
Encuesta de servicios	Kioja Bitin, Departamento de Planificación, MdS	Consultor de Seguro	30-Nov-02	15-Enero-2003	15-Feb-03
. . .	. . .	Daniel Nzio, Director de CBS	15-Oct-02	30-Nov-03	Feb 15-Mar 15, 2003

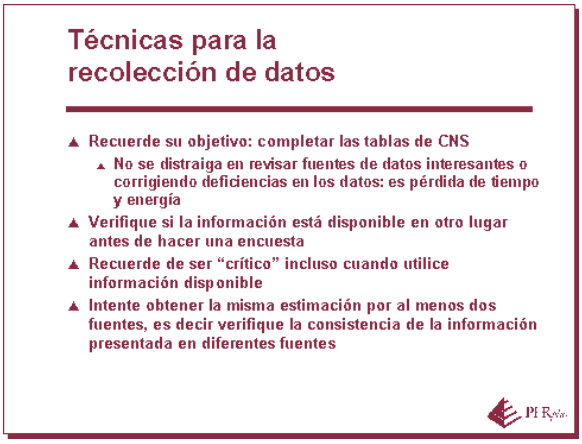
diferentes formas en el país; el punto es identificar esas fuentes de datos secundarios y acceder a ellas. Al final de la presentación se les pedirá a los participantes que desarrollen los planes de datos de sus propios países.

II. Técnicas para obtener datos exactos y relevantes

Las siguientes técnicas debieran estar a la vista en las oficinas del equipo de CNS y verificarse regularmente durante la actividad de recopilación de datos (GP: pág. 71, 6.19-6.32; pág. 74, 6.40-6.60).

- Recuerde cuál es su propósito: llenar los cuadros de CNS.
- No se distraiga en revisar fuentes de datos interesantes o por la precariedad de un determinado paquete de datos; esto supone pérdida de tiempo y energía.
- Antes de realizar una encuesta, verifique primero si la información no está disponible en otro lugar.

  Para ello, puede que requiera de la ayuda del Comité Director. Por ejemplo, se podrían extrapolar al presente los resultados de una encuesta preexistente a los hogares; o la Nota sobre el Sector Salud del Banco Mundial, en su país.
- Recuerde ser «crítico» incluso al utilizar datos disponibles. No asuma que los datos oficiales son necesariamente correctos. Investigue la «metodología» de cada estudio y conozca los procedimientos de recopilación de datos de diferentes registros contables institucionales.
- Intente obtener una estimación para una misma categoría contable de por lo menos dos fuentes diferentes; en otras palabras, verifique la consistencia delos datos.



La revisión de la consistencia implica hacer verificaciones cruzadas de una misma estimación a partir de dos fuentes para comprobar si las estimaciones son razonables y válidas. También puede implicar realizar un cálculo para confirmar que una estimación se encuentra dentro de un rango razonable. Por ejemplo, el MDS señala que los gastos de los hogares en las consultas médicas privadas (CICS HP3.1) ascienden a $30 millones. Confirme esta cifra mediante un cálculo. Determine la cantidad promedio de dinero gastado por médico (gastos en $/ cantidad de médicos privados) y compruebe si la cifra es razonable o no. De forma alternativa, compare la cifra de $30 millones en gastos directos para consultas médicas privadas con el PIB. ¿Parece razonable la cifra? (GP: pág. 106, 8.50)

- Intente obtener la misma estimación de dos fuentes, es decir verifique la consistencia de la información

  Cada tipo de dato debe ser evaluado formulando las siguientes preguntas para determinar si se utilizarán los datos o no, y qué notas o ajustes se requieren en tal caso:
- ¿Son válidos los datos? ¿Es correcta la metodología?
- ¿Qué clasificaciones se utilizan en la fuente de datos? ¿Cuáles son las definiciones y los límites? Por ejemplo, si los datos del Colegio Médico revelan que los médicos ganaron $100 millones, ¿se puede asumir que estos fondos provinieron íntegramente de los hogares? No, parte de ese monto proviene de contratos con grandes empresas.
- ¿La recopilación de datos se hizo a través de estimaciones en términos de flujo de efectivo o gasto acumulativo (devengado)?
- Verifique si se pueden extrapolar a escala nacional los datos. ¿Es lo suficientemente grande la muestra?

Técnicas para la recolección de datos

- También recuerde:
  - ¿Son válidos los datos? ¿Fue correcta la metodología?
  - ¿Cuáles son las clasificaciones utilizadas en la fuente de datos? ¿Y cuáles son las definiciones y límites?
  - ¿Las estimaciones son presentadas como flujo de efectivo o gasto acumulativo devengado?
  - ¿Puede extrapolarse nacionalmente?
  - ¿Es suficientemente amplia la muestra?

III. Fortalezas y debilidades de las fuentes de datos

Los métodos de recopilación de datos son válidos en función de las fuentes de datos. Las fuentes de datos varían según los países. En el cuadro 5.1 aparece una lista de algunas fuentes comunes, así como también sus fortalezas y debilidades.

Cuadro 5.1 Fuentes de datos: Registros gubernamentales		
Fuentes de Datos	**Fortalezas**	**Debilidades**
☐ Gastos presupuestarios (presupuestos ejecutados) ☐ Datos de censos económicos ☐ Declaraciones de impuestos ☐ Registros de importación y exportación ☐ Programas o políticas y regulaciones institucionales(por ej. programa de seguro gubernamental)	☐ Fácilmente disponible ☐ Confiable y exacta ☐ Amplia cobertura ☐ Disponible regularmente ☐ Presentación estándar	☐ Pueden estar distorsionados para tergiversar/proteger/ adelantar un programa ☐ Pueden estar desagregados por regulación y gastos y puede que difieran de las categorías de proveedor o de funciones de las CNS ☐ Discrepancias entre registros auditados y no auditados ☐ Pueden tener problemas de demora (proceso de auditoría) o sistemas de contabilidad manual anticuadossystems

Fuente: PG: pg. 77, Cuadro 6.1

Pregunta 1 para el debate

A medida que el instructor repasa cada categoría de fuente de datos, puede ir preguntándoles a los participantes qué tipos de fuentes de datos existen en sus países y cuáles son sus fortalezas y debilidades.

Respuesta

Los integrantes del equipo de CNS tienen que unir sus conocimientos e identificar las diferentes fuentes de datos que hay en sus países. Deben escribir sus respuestas en las notas que les entregó el instructor. En el Manual de los Participantes también podrán encontrar copias. Esto los ayudará con la pregunta de aplicación que consiste en que los alumnos elaboren su propio plan de datos.

A la hora de hablar sobre los registros gubernamentales, el instructor debe distinguir entre registros sobre gastos anticipados (presupuesto), presupuesto ejecutado no auditado (lo que ha sido gastado pero aún no ha sido auditado), y presupuesto ejecutado y auditado (lo que ha sido gastado y oficialmente reconocido).

Los ejemplos de registros gubernamentales, incluidos en las carpetas de los participantes, están organizados según categorías que puede que en algunos casos no se ajusten fácilmente a las de las CNS. Por ejemplo los gastos gubernamentales pueden estar organizados bajo «costos recurrentes vs. de capital» o por «programas» o por «departamentos» o por una

combinación de los tres. El instructor debe preguntarle a los asistentes de qué forma se presentan los registros gubernamentales en sus respectivos países. Para poder considerar su utilidad en términos de CNS, el equipo necesitará saber las definiciones y los límites de cada datode línea presupuestaria y si el gobierno calcula sus gastos como flujo dde efectivo o gasto acumulado (devengado). Esta información le permitirá a los integrantes del equipo de CNS transferir los códigos de cada dato a categorías de las CNS. Cualquier ajuste que se realice en los datos para equipararlos a las categorías ICHA debe documentarse claramente.

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 14, 15 y 16 y guíe a los participantes a través de los cuadros, incorporando información de las Notas del Expositor.

Cuadro 5.2 Fuentes de datos: Otros registros públicos

Fuentes de datos	Fortalezas	Debilidades
☐ Informes especiales (equipos de trabajo) ☐ Estudios académicos ☐ Estudios o informes de ONG ☐ Informes guberna-mentales sobre fondos de donantes y donaciones en especie	☐ Ricos en detalles, pero el énfasis está puesto sólo en temas específicos ☐ Útiles para verificar consistencia información ☐ Disponibilidad limitada (sólo al final del año fiscal)	☐ Alcance geográfico o demográfico o temático limitado ☐ Rigor analítico variable ☐ Puede que las categorías no se ajusten a las necesidades de las CNS ☐ No son realizados de manera estándar año a año

Fuente: PG: pg. 77, Cuadro 6.1

Cuadro 5.3 Fuentes de datos: Registros de los seguros

Fuentes de datos	Fortalezas	Debilidades
☐ Compañías u organi-zaciones de seguros personales ☐ Asociaciones gremiales ☐ Instancia guberna-mental reguladora de las compañías de seguros (o de los seguros de salud específicamente) ☐ Servicio estatal de impuestos internos puede tener datos sobre los ingresos de las compañías de segurosinsurance companies	☐ Énfasis en la atención de salud y gastos relacionados ☐ Disponibilidad limitada (sólo al final del año fiscal)	☐ Falta de detalle funcional para CNS ☐ Probablemente excluyan pagos a pacientes en términos de copagos y deducibles ☐ No hay sistema central de información y es difícil llegar a cada proveedor de seguro en el país ☐ Negativa generalizada a compartir cierta información privada, como los ingresos.

Fuente: PG: pg. 77, Cuadro 6.1

Cuadro 5.4 Fuentes de datos: Registros de los proveedores		
Fuentes de datos	**Fortalezas**	**Debilidades**
☐ Proveedores ☐ Agencias reguladoras o financieras ☐ Asociaciones gremiales ☐ Encuestas de proveedores existentes ☐ Encuestas de hogares existentes	☐ Específicos y completos en cuanto a gastos de salud relevantes ☐ Los registros contienen poca información que no aparece dentro de los límites de la salud	☐ La exactitud de los datos es cuestionable ya que algunos proveedores (privados) pueden ser reacios a compartir información financiera verdadera (por ej., por motivos tributarios) ☐ Puede que el enfoque de las encuestas anteriores no responda a las necesidades

Fuente: PG: pg. 77, Cuadro 6.1

Nota para los instructores

Muestre las transparencias 17 y 18 y anime el debate, incorporando información de las Notas del Expositor.

Cuadro 5.5 Fuentes de datos: Encuestas de los hogares		
Fuentes de datos	**Fortalezas**	**Debilidades**
☐ EDS ☐ LSMS ☐ Encuestas de trabajo ☐ Encuestas sobre gastos de los hogares ☐ Censos	☐ Directamente vinculados a características sociales, económicas, demográficas y otras de los pacientes ☐ Pueden ser diseñados para capturar la información exacta de salud que se busca ☐ La información más exacta sobre gastos directos – útil para análisis de equidad	☐ Las encuestas específicas son costosas y toman tiempo, por ello puede que los datos no sean actuales o tengan que ser extrapolados al año actual. Las extrapolaciones se traducen en inexactitud de los datos ☐ La posibilidad de errores de muestreo y no de muestreo pueden dificultar el análisis y la obtención de resultados exactos Los registros se refieren sólo a servicios médicos personales, y no pueden ser utilizados para estimar gastos en servicios de salud públicos y colectivos ☐ Encuestas rutinarias de hogares (por ej., encuestas sobre ingresos y gastos de los hogares) son más regulares pero no necesariamente incluyen todas las preguntas relevantes para la atención de saludnecessarily include all the relevant questions for health care

Fuente: PG: pg. 78, Cuadro 6.1

Cuadro 5.6 Fuentes de datos: Informes de los donantes sobre un país

Fuentes de datos	Fortalezas	Debilidades
☐ Estudios sobre el sector de la salud ☐ Informes sobre gastos públicos ☐ DHS ☐ Informes independientes sobre servicios de salud específicos ☐ Registro de los donantes sobre sus contribuciones al sector de la salud	☐ Encuestas anuales rutinarias de los donantes ☐ Proporciona una visión del país y del sector de salud (por ej., el Informe del Banco Mundial sobre el Sector Salud) ☐ Presenta a los actores clave del sector salud	☐ A veces demasiado genéricos ☐ Diferencias entre los desembolsos informados por los donantes y los gastos informados por los ministerios ☐ Difícil cuantificar las donaciones en especie(medicamentos, vacunas, etc.) ☐ Cuando los donantes hacen donaciones directamente a una ONG o una entidad local es probable que falte información sobre el financiamiento

Fuente: OMS, Banco Mundial, USAID 2003

IV. Cómo superar las Limitaciones de los Datos

Es muy probable que quien realice las CNS se enfrente a tres tipos de problemas a la hora de reunir información:

- Conflictos entre fuentes de datos
- Limitaciones en las fuentes de datos
- Las fuentes de los datos no existen

A continuación se indican algunas sugerencias para superar estas limitaciones.

Conflictos entre fuentes de datos: Resulta útil disponer de varias fuentes de datos, incluso si éstas proporcionan cifras disímiles. Para determinar cuál cifra es la correcta, se debe:

- Comparar la metodología utilizada por cada fuente. ¿Cuál es la más detallada y rigurosa?
- Averiguar exactamente qué es lo que incluye cada cifra. Por ejemplo, la estimación del MDS para los gastos de capital puede ser más elevada que la del MDF; puede que se descubra que la cifra del MDS incluye los fondos de los donantes.
- Verificar si todas las fuentes de datos utilizan el mismo período de tiempo, método devengado o flujo de efectivo, y tipo de cambio.
- Pedir ayuda a los expertos del Comité Director.
- Si dos estimaciones de gastos difieren entre sí en menos de 2 por ciento del gasto total en salud, normalmente no vale la pena resolver esta diferencia. Escoja la estimación más conservadora.

Limitaciones en las fuentes de datos: El tener, por ejemplo, una fuente de datos es mejor que no tener ninguna, pero **se deben realizar verificaciones rigurosas para asegurarse de la validez de los datos.** Para lograr este objetivo, el equipo de CNS tiene que buscar maneras alternativas de estimar los mismos valores. Se pueden detectar errores recurriendo a datos históricos.

Las fuentes de los datos no existen: En este caso, la recopilación de datos primarios es la única solución. Esto sucede muchas veces cuando se están estimando gastos directos, que requieren encuestas a los hogares. Las encuestas pueden adaptarse de dos maneras en función de su objetivo.

- *Encuestas mayores*: tales como las encuestas a los hogares o a los proveedores, tienen muestras muy grandes, son complejas y requieren de recursos, y tienen que ser realizadas por estadísticos profesionales y especialistas en encuestas. El instituto de estadística de un país es la instancia indicada para llevar a cabo este trabajo. La bibliografía al final de esta Unidad contiene publicaciones sobre cómo realizar encuestas a los hogares. Sin embargo el papel del equipo de CNS consiste en abogar por la realización de la encuesta y luego supervisar su realización a través de una entidad profesional.

Improving Quality of Survey Data

- ▲ Reduce Sampling Frame Bias – occurs when sample is not truly representative of population (i.e., don't know your denominator)
- ▲ Reduce Sampling Error – occurs when results are based on a sample and generalized for the entire universe; can decrease by increasing sample size
- ▲ Reduce Non-sampling Error – occurs when survey questions do not ask for what is wanted or do not get what is being asked for; resolved by careful survey design and field testing before rolling it out

- *Encuestas menores*: se realizan sobre una muestra pequeña, como las compañías de seguros, grandes empresas, hospitales y entidades gubernamentales, y pueden ser realizadas directamente por el equipo de CNS. Es probable que los integrantes del equipo requieran capacitación en métodos de investigación (véase bibliografía).

V. Recolección de datos primarios: Elementos clave de los cuestionarios de las encuestas

Reducir *el error no de muestra* – ocurre cuando las preguntas de la encuesta «no preguntan lo que se quiere» o «no obtienen lo que se busca;» esto se resuelve mediante un diseño cuidadoso y una prueba piloto en campo antes de iniciar la encuesta.

Si dispone del tiempo para hacerlo, el instructor puede explicar algunos elementos clave de los cuestionarios de las encuestas.

En las notas que entregue el instructor hay ejemplos de diferentes tipos de encuestas. Estos también se encuentran en el Manual de los participantes. A continuación se indican algunas pautas generales para el diseño de encuestas:

- Reduzca el sesgo del marco de la muestra: Esto ocurre cuando **la muestra no es realmente representativa del universo** (población); en este caso, extrapolar los resultados de la muestra al resto de la población es erróneo. Se puede minimizar este problema asegurándose de que la muestra es representativa del universo, lo que significa que cada miembro del universo tiene la misma posibilidad de ser seleccionado. Se deben identificar las características clave y su proporción en el universo total para diseñar un enfoque representativo en materia de muestra (marco de la muestra) (GP: pág. 74, 6.38-6.39; pág. 103, 8.30-8.31).
- Reduzca el error de muestreo: Cuando se utilizan los resultados basados en una muestra (unas pocas unidades representativas para el universo entero) para extrapolarlas al universo completo (incluidas todas las unidades que no fueron observadas), existe un **peligro potencial de error.** Si, por ejemplo, en la muestra de los hospitales el 10% del ingreso proviene de los servicios ambulatorios, puede que el verdadero porcentaje sea mucho más alto o mucho más bajo a nivel nacional. Esta diferencia puede ser minimizada pero nunca eliminada del todo. Para establecer estimaciones sobre el error de la muestra, se requiere información acerca del tamaño de la muestra y de la homogeneidad de la población. (GP: pág. 73, 6.35; pág. 100, 8.17-8.21).
- Reducir el error no de muestra: Este error sucede cuando las preguntas de la encuesta **no preguntan lo que se busca o no obtienen lo que se pregunta**. Para evitar este problema se recomienda diseñar cuidadosamente el contenido y la forma de la encuesta y probarlo en campo a pequeña escala (GP: pág. 73, 6.36-6.37; pág. 101, 8.22-8.29).
- Aumentar el tamaño de la muestra: Aumentar el tamaño de la muestra es otra forma de **minimizar el error de la muestra.** Ahora bien, esto aumenta el costo de la encuesta y por lo tanto esta opción sólo debe considerarse después de que se hayan agotado las otras posibilidades y después de que se hayan minimizado los errores por sesgo del marco de la muestra y los errores no de muestra.

Para las compañías de seguros de salud, obtenga datos sobre los ingresos y gastos por reembolsos, relacionados con los productos orientados a la salud. **Los cuestionarios de las encuestas a los seguros de la salud** deben incluir los siguientes elementos:

Cuestionarios a seguros de salud

1. Especifique si son con fines de lucro, estatales, privados sin fines de lucro
2. Trate de obtener un desglose entre contribuyentes "Grupo/Empresa" y "Familia/Individual"
3. Obtenga algún detalle en cuanto a primas y beneficios (usualmente a nivel de proveedor, difícil que sea funcional)

Cuestionarios para seguros de salud (sigue)

4. Pregunte si son en efectivo o acumulativas
5. Si reciben aportes del Estado en efectivo o especie
6. Si reciben préstamos o aportes de donantes
7. Pregunte qué porcentaje de las primas de seguros de vida /salud está destinado a cobertura de vida y a cobertura de salud

- Especificar si el seguro es privado con fines de lucro, estatal o privado sin fines de lucro.
- Intentar obtener un desglose entre los afiliados pertenecientes a «Grupos/ Empresas» e «Individuo/Familia».
- Obtener un desglose de los ingresos por concepto de primas y los gastos por concepto de reembolsos (usualmente a nivel del proveedor es difícil obtener datos funcionales)
- Preguntar si los ingresos son reportados como flujo de efectivo o de manera acumulativa (gasto devengado).
- Preguntar si el asegurador recibe recursos del gobierno en efectivo o en especie, y el propósito de estos recursos (por ejemplo, si es un subsidio para personas que no pueden pagar la totalidad de la prima)
- Preguntar si el asegurador recibe préstamos y aportaciones de los donantes.
- Preguntar qué porcentaje de las primas de seguros de vida y salud es destinado a protección por fallecimiento y a cobertura de salud.

Los **cuestionarios de las encuestas a los empleadores** deben incluir los siguientes elementos:

Cuestionarios para el empleador

1. Propiedad (paraestatal, privada, etc.)
2. Actividad principal de la empresa
3. Cantidad de empleados cubiertos por el seguro y si incluye dependientes
4. Monto total pagado por la empresa en primas durante el período informado.

- Tipo de propiedad (paraestatal, privada, etc.)
- Actividad principal de la empresa
- Si la empresa cuenta con su propio seguro de salud (es decir, cubre directamente los gastos en salud de sus empleados) o le paga a un seguro de salud externo o contribuye a un seguro de salud público
- Cantidad de empleados que tiene cobertura de salud y si se incluyen también a sus dependientes

- ¿Qué servicios de salud cubre?
- Monto total pagado por la empresa por concepto de beneficios médicos durante el período en cuestión (esto se aplica tanto para las empresas con su propio seguro como a aquellas que contratan seguros de salud)
- Si los empleados contribuyen al seguro de la salud. En caso de respuesta afirmativa, ¿en qué medida?
- Si algún otro gobierno u organización contribuye a los beneficios de salud que entrega la empresa
- Si la empresa reembolsa a los empleados por los gastos de salud en que incurren. En caso de respuesta afirmativa, ¿en qué medida? (Por ejemplo, ¿cuánto reembolsa la empresa en los establecimientos privados y públicos?)
- ¿La empresa presta servicios de salud en el lugar de trabajo? Si la respuesta es afirmativa, ¿alguna otra ONG contribuye al financiamiento de esos servicios?

Cuestionarios para el empleador (sique)

5. ¿Qué servicios de salud cubre?
6. Total pagado por servicios durante el periodo
7. ¿Contribuyen los empleados al seguro de salud?; ¿con cuánto?
8. ¿Contribuye algún otro, gobierno u organización a los beneficios de salud brindados por la empresa?

Cuestionarios para el empleador (sigue)

9. ¿La empresa reembolsa a los empleados por gastos médicos incurridos? ¿En qué medida?
   - ¿Cuánto reembolsa la empresa a las instituciones de salud privadas y públicas?
10. ¿Dispone la empresa de servicios in situ?. En caso de respuesta afirmativa, ¿cuáles? ¿Alguna otra ONG contribuye a esos servicios?

A veces resulta difícil hacer un muestreo de los empleadores privados porque no existe un marco establecido para la muestra. Puede que no se conozca el número efectivo de empresas, especialmente en aquellos países donde puede haber una gran rotación de pequeñas empresas. Pese a esta situación, puede que esto no afecte negativamente la actividad de CNS si se determina que los gastos de las empresas sólo representan un pequeño porcentaje del gasto en salud.

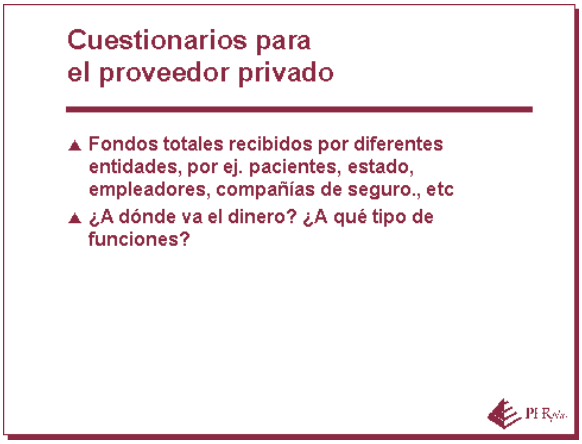
Los **cuestionarios de las encuestas a los donantes** deben incluir los siguientes elementos:

- ¿Qué proyectos son financiados por el donante y en qué medida son financiados esos proyectos?
- ¿Cuál es la institución beneficiaria de los fondos? (Asegúrese de anotar cualquier ONG proveedora que reciba fondos)
- ¿Multilateral o bilateral?

Cuestionarios para el donante

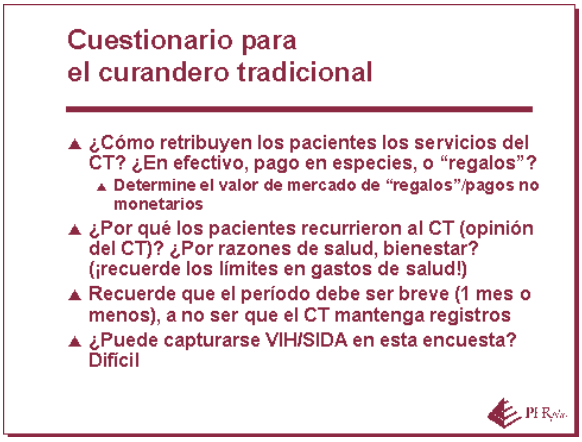
- ¿Qué proyectos son financiados por el donante y en qué medida son financiados esos proyectos?
- ¿Cuál/es es/son la/s institución/es beneficiaria/s de los fondos? (Asegúrese de anotar cualquier ONG proveedora que reciba fondos).
- ¿Multilateral/bilateral?

Los **cuestionarios de las encuestas a los proveedores privados** deben incluir los siguientes elementos:



- Fondos totales recibidos por diferentes entidades, por ej. pacientes, Estado, empleadores, compañías de seguro., etc.
- ¿A dónde va el dinero? ¿A qué tipo de funciones?
- Si es posible, pregunte qué porcentaje de los ingresos es gastado en medicamentos,

Los **cuestionarios de las encuestas a los curanderos tradicionales** deben incluir los siguientes elementos:



- ¿Cómo retribuyen los pacientes los servicios del CT? ¿En efectivo, pago en especie, o «regalos»?
- Determine el valor de mercado de «regalos»/pagos no monetarios
- ¿Por qué los pacientes recurrieron al CT (opinión del CT)? ¿Por razones de salud, bienestar? (¡recuerde los límites en gastos de salud!)
- Recuerde que el período debe ser breve (1 mes o menos), a no ser que el CT mantenga registros.
- ¿Puede capturarse datos sobre VIH/SIDA en esta encuesta? Difícilmente.

VI. Aplicación de esta Unidad

Una vez realizada la presentación, el instructor divide la clase en equipos que representan a diferentes países y le pide a la persona mayor de cada grupo que asuma como líder y organice un plan de recopilación de datos. Los acuerdos relativos a cada tarea deben ponerse por escrito en el rotafolio; los participantes también pueden escribirlos en las notas que entregue el instructor. También pueden encontrarse copias en el Manual de los participantes.

5

Referencias

Aday, Lu Ann. 1999. *Designing and conducting health surveys*. Segunda ediciónn. Portland, OR: Book News, Inc.

Berman, P. 1996. *National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications*. Cambridge, MA: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health. (NHA Resources CD)

Floyd J., Jr. "Improving Survey Questions: Design and Evaluation." *Applied Social Research Methods* 38. Portland, OR: Book News, Inc. Fowler Annotation.

Korn, K.L., y G.I. Graubard. 1999. *Analysis of Health Surveys*. Portland, OR: Wiley-Interscience. Julio.

Musgrove, P. 1996. Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. Discussion Paper No. 339. Washington, DC: Banco Mundial. (Referencias sobre el diseño de las encuestas de hogares.)

Rannan-Eliya, R. y P. Henderson. 1997. Estimating Household Health Expenditures: A Technical Note. Preparedo para la Primera Reunión de la Iniciativa LAC de las Cuentas nacionales de Salud. Cuernavaca, Mexico. Abril.

Rea, L.M., y R. Parker, R. 1997. *Designing and Conducting Survey Research: A Comprehensive Guide.* 2nda edición. San Francisco: Jossey-Bass.

Salant, P., y D.A. Dillman. 1994. *How to Conduct Your Own Survey.* 1st edition. New York, NY: John Wiley & Sons.

Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, y Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional. 2003. A *Guide to producing national health accounts with special application for low-income and middle-income countries*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2000. *The World Health Report 2000; Health Systems: Improving Performance*. Ginabra: OMS. (NHA Resources CD)

Unidad 5

Presentación de transparencias

1

PHRplus

Unidad 5:
Recopilación de datos

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.U.U. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philoxenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAIC Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivos de aprendizaje

- Aprender los pasos recomendados para organizar el proceso de recolección de datos, incluido el plan de datos
- Conocer técnicas básicas para asegurar la exactitud y relevancia de los datos capturados
- Familiarizarse con diferentes fuentes secundarias de datos, sus fortalezas y debilidades
- Saber cuando recurrir a datos primarios y que elementos considerar el momento de diseñar encuestas

PHRplus

3

Organización del proceso de recopilación de datos

4

Recopilación de la información correcta – preguntas iniciales-

- ¿Cuáles son las definiciones y los límites de los gastos en salud?
- ¿A qué interrogantes de política responden las CNS?
- ¿Qué nivel de detalle es deseable? ¿Cuan desagregado deben estar los datos?
  - Por ejemplo, ¿a nivel regional o nacional?

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 1: Por ejemplo, si no se incluyen el agua y el saneamintot en la definición de salud, no tiene sentido recopilar información acerca de estos gastos.

Punto 2: Es importante siempre tener en mente los temas de política que se abordarán a partir de la información proveniente de las CNS. Por ejemplo, en Marruecos la salud materno-infantil (AMI) es un tema clave de política porque las madres y los niños son una población destinataria del MDS. Por ello, el CNS produjo información sobre los gastos en (AMI).

Punto 3: En un país en el cual la descentralización es un tema importante, puede que sea necesario desagregar más la información para obtener resultados nacionales y regionales.

5

Creación de un plan de datos (1/2)

- Establece el plan de acción para la captura de datos primarios y secundarios y responde claramente a lo siguiente:
- ¿Quién es en última instancia responsable de la captura de cada tipo de dato?
- ¿Qué tipos de datos se requieren? ¿Qué nivel de detalle? ¿Qué período debe cubrir la información?
- ¿Cuándo se recopilará la información? ¿Cuál es el plazo último para obtener la información?
- ¿Dónde debería el equipo de trabajo obtener la información?
  - Solicítele al Comité Director que:
    - Identifique las fuentes secundarias de datos secundarios
    - Facilite el acceso a los datos

NOTAS DEL EXPOSITOR

En muchos países, hasta el 80 por ciento de la información puede obtenerse directamente, ya que existe bajo en fuentes secundarias. Informes existentes u otrs proyectos estadísticos nacionales pueden constituir excelentes fuentes de datos o ser utilizados para identificar otras fuentes de información.

El plan de datos responde el quién, el qué, el dónde y el cuándo de la estrategia de recopilación de datos.

Quién: Al dividirse las tareas es esencial tener definiciones claras de manera que la información recopilada por dos individuos diferentes sea paralela, en otras palabras, corresponda a una definición común.

Qué: Esto debe ser definido por los límites de «qué es la salud». Siempre vuelva a los límites especiales y temporales de la salud. En algunos casos, puede que las instituciones tengan diferentes años fiscales, por ejemplo, las CNS pueden corresponder a un año calendario, supongamos 2000, pero el año fiscal del gobierno puede que corresponda al período de octubre de 1999 a septiembre de 2000. En ese caso, es necesario recopilar información para dos años fiscales, desagregarla por mes para calcular los gastos en el año calendaqrios que está siendo utilizado en las CNS. También se plantea la cuestión de recopilar información con el suficiente nivel de detalle. Recuerde que usted no sólo necesita información general sobre cuánto se gastó en salud, sino también los elementos para poder distribuir la información en los cuadros FS x FA x F, etc.

Cuándo: Es importante tener claro un límite temporal. La recopilación de datos se puede transformar en un proceso infinito. No se pierda en él. Mantenga la vista en el precio: ¿para qué está recopilando la información?

Dónde: El Comité Director puede ser de gran ayuda para identificar las fuentes de datos porque representa a varias instituciones y, por ende, sabe cómo operan estas instituciones y el tipo de información que manejan. El Comité Director también puede abrir puertas, establecer contactos con otras personas clave en sus respectivas instituciones que pueden proporcionar información.

6

Creación de un plan de datos (2/2)

¿Por qué?

- ▲ Para asegurar el cumplimiento de los plazos
- ▲ La división del trabajo dentro del equipo hace más manejable el proceso
- ▲ Es más fácil identificar cualquier problema en el proceso de captura de datos cuando éste es dividido en pequeñas secciones

NOTAS DEL EXPOSITOR

Muchos países opinan que es más fácil cuando uno o dos miembros del equipo de CNS trabajan con una o dos fuentes de información cada uno. Se debe ser flexible y se debe ver el trabajo como un proceso iterativo en el cual, por ejemplo, aun cuando se haya recopilado información desde un inicio puede que sea necesario corregir el enfoque sobre la marcha.

7

Ejemplo de plan de datos para fuentes secundarias

Balances financieros de hospitales PRIVADOS	Steven Muchiri- Dep. de Planificación, MdS	Asociación de Hospitales de Kenya- Presidente	30-Nov-02
Registros del Depto. de licencias (Doctores, Dentistas, Enfermeras, Farmacéuticos, Directores clínicos, etc) - MdS	Ibrahim Mohammed (responsable)- NASCOP- por As. de Médicos y Dentistas; Esther A.Ogara, Jefe HMIS- para As. de Clínicas, Farmacéuticos y Enfermeras	Personas destacas de los Deptos. de Licencias	30-Nov-02
Computador de HMIS - Octubre 2002 (repetido)	Esther Ogara, Jefe, HMIS	No es necesario contactar terceros	1-Mar-03
Registros de Hogares			
KDHS - (1998)	Esther Ogara, Jefe, HMIS	No es necesario contactar terceros	1-Oct-02
Encuesta de Ingresos y Gastos - 1998	Geoffry Kimani, Dep. de Planificación, MdS	No es necesario contactar terceros	15-Oct-02

NOTAS DEL EXPOSITOR

El ejemplo proviene de la actividad de CNS en Kenia. Puesto que gran parte de la información ya está disponible a partir de fuentes secundarias, conviene en primer lugar recopilar y revisar toda la información «disponible»antes de identificar cuáles fuentes primarias se requieren.

8

Ejemplo de plan de datos para fuentes primarias

Plan de Datos de CNS de Kenia					
Para Servicios Primarios	*ENCARGADO DE REGISTROS: Geoffrey Kimani, Departamento de Planificación, MoS*				
Nombre de fuente de dato	Responsable de Equipo CNS para coordinar el diseño de la encuesta y desarrollar el plan de trabajo específico	Persona que contactar (por ej. Del Comité Director) para consultar cuándo diseñar la encuesta	Fecha límite para juntarse con contacto y finalizar la encuesta	Fecha límite para la prueba	Fecha límite para conducir la encuesta y recopilar la información
Encuesta de seguros	Wanja Ditin, Departamento de Planificación, MoS	Consejo nacional de Seguro	30-Nov-02	15-Enero-2003	15-Feb-03
. . .	. . .	Dr. Mwalo, Director de CBS	15-Oct-02	30-Nov-03	Febr 15-Mar 15, 2003

PI Rwa.

9

Técnicas para la recolección de datos

- Recuerde su objetivo: completar las tablas de CNS
  - No se distraiga en revisar fuentes de datos interesantes o corrigiendo deficiencias en los datos: es pérdida de tiempo y energía
- Verifique si la información está disponible en otro lugar antes de hacer una encuesta
- Recuerde de ser "crítico" incluso cuando utilice información disponible
- Intente obtener la misma estimación por al menos dos fuentes, es decir verifique la consistencia de la información presentada en diferentes fuentes

PI Rwa.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Ejemplo de revisión de cnsistencia de datos: las estimaciones de las encuestas a los hogares relativas a la compra de medicamentos pueden cotejarse con las estimaciones de ventas de la industria farmacéutica.

Una vez más:no pierda el enfoque. Usted no está recopilando información como un fin en sí. Recuerde siempre que tiene que tener un objetivo en mente.

Un punto muy importante: siempre que se pueda, use datos secundarios.

La revisión de la consistencia de la información es muy importante. Por ejemplo, la información sobre primas puede ser obtenida a través del empleador, el agente de seguros y el individuo, mediante una encuiesta a los hogares. Utilice todas las fuentes de información disponibles para verificar la validez de los datos.

10

Técnicas para la recolección de datos

- También recuerde:
  - ¿Son válidos los datos? ¿Fue correcta la metodología?
  - ¿Cuáles son las clasificaciones utilizadas en la fuente de datos? ¿Y cuáles son las definiciones y límites?
  - ¿Las estimaciones son presentadas como flujo de efectivo o gasto acumulativo devengado?
  - ¿Puede extrapolarse nacionalmente?
  - ¿Es suficientemente amplia la muestra?

NOTAS DEL EXPOSITOR

Si está realizando Cuentas Regionales de Salud (CRS): verifique si los datos son lo suficientemente amplios para una estimación regional.

Recuerde siempre que el objetivo es utilizar CNS para la elaboración de políticas. Por ello, es esencial lograr un consenso con respecto a la metodología utilizada para llevar a cabo estimaciones. El Comité Director puede ser de gran utilidad en ese sentido. Por ejemplo, en Kenia el uso de una metodología errónea determinó que el informe final no fuera considerado oficial y que no se concluyera el estudio. Marruecos dedicó mucho tiempo a la búsqueda de un consenso y en la actualidad es uno de los países en los cuales los datos han sido más utilizados por los diferentes actores del sector de la salud incluido el sector privado, como, por ejemplo, las empresas farmacéuticas.

Las últimas dos preguntas son especialmente relevantes para las ONG, los proveedores privados y las empresas privadas. ¿Por qué es difícil definir la muestra apropiada?. Ya volveremos sobre este punto.

11

Trabajando inicialmente con fuentes SECUNDARIAS

12

Fuentes de Datos

Registros Gubernamentales

Fuentes de Datos	Fortalezas	Debilidades
▲Gastos presupuestarios (presupuestos ejecutados) ▲Datos de censos económicos ▲Declaraciones de impuestos ▲Registros de importación y exportación	▲Tipo de información más asequible ▲Confiable y exacta ▲Completa en cobertura de la actividad relevante ▲Disponible regularmente ▲Reglas de presentación consistentes	▲Pueden estar distorsionados para tergiversar/proteger/ adelantar un programa ▲Pueden estar desagregados en otras categorías que las de las CNS ▲Discrepancias entre registros auditados y no auditados ▲Pueden tener problemas de demora (proceso de auditoria)

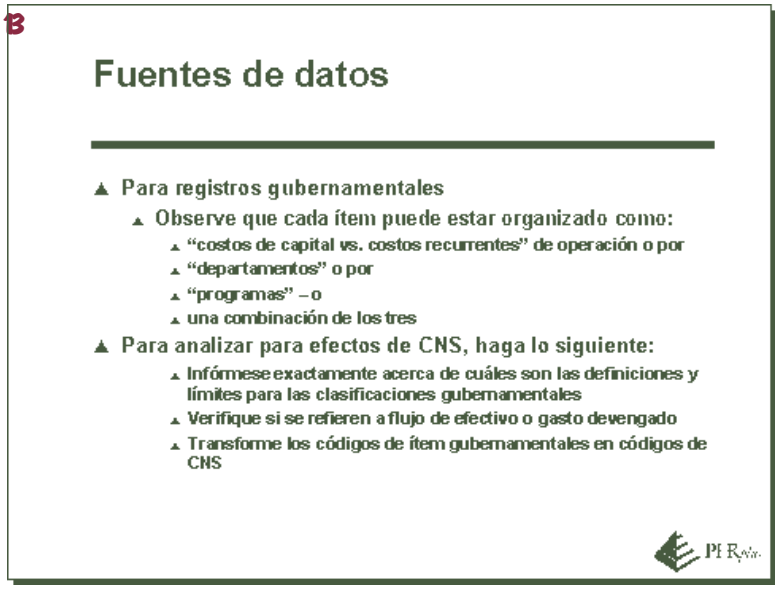
NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor debe señalarle a los participantes que el equipo debe distinguir entre el gasto anticipado (presupuesto), el gasto ejecutado (ejercido) y el gasto auditado. Los gastos auditados son los más fiables pero noestán disponibles inmediatamente (generalmente entre 1 y 2 años después del año fiscal). Por ello, se recomienda que el equipo utilice cifras preliminares (no auditadas) de los presupuestos de ejecución. Usualmente, las cifras de los presupuestos auditados se asemejan a las de los presupuestos no auditados. Si no fuera así, el equipo puede verificar si existe un patrón que se repita en los años anteriores.

Muchas veces cuando se recopila información de instancias gubenramentales uno se encuentra con información no desagregada, lo que dificulta el trabajo de llenado de los cuadros. En ese caso, es preciso recopilar no sólo la información sobre los gastos sino también los indicadores que le permitirán hacer estimaciones acerca de cómo distribuir los fondos de acuerdo con la metodología de CNS.

Para una capacitación nacional el instructor debe preguntarle a los participantes del equipo de CNS que comenten cuáles fuentes están disponibles en su país y cuáles son sus fortalezas y debilidades. Todo los registros deben escribirse en un rotafolio. Esto servirá para la próxima sesión cuando se le pida al equipo diseñar un plan de datos.

Para una capacitación regional: puede resultar útil que el instructor presente algunos ejemplos de «registros gubernamentales» del resto del mundo.



NOTAS DEL EXPOSITOR

Tipos de presentación de datos:

Recurrentes o de operación: por ejemplo, salarios, capacitación, medicamentos

De Capital: por ejemplo, edificios, equipamiento, propiedades

Departamentales: por ejemplo, VIH/SIDA, unidad de TB, Departamento de Planeación, Departamento de Estadística de Salud

Programas: por ejemplo, control de la malaria, enfermedades infecciosas, salud, materno-infantil

Al recopilar información gubernamental, asegúrese de entender lo que significan las diferentes líneas presupuestarias, lo que incluye cada una de ellas. Por ejemplo, la línea correspondiente a administración ¿qué incluye? ¿Administración del nivel central? ¿Del nivel regional? ¿De los proveedores? Si incluye administración de los proveedores, este monto debe ser trasladado a la línea de proveedres.

Es importante entender las clasificaciones gubernamentales ya que el gobierno es un importante contribuyente y muchas veces el sistema contable del gobierno es utilizado por otras instituciones públicas, tal como las instituciones de seguridad social.

Por ejemplo, en Guatemala, «recursos humanos» es un ítem presupuestario separado. Este ítem presupuestario tiene que ser asignado entre administración, programas preventivos, y proveedores para completar los cuadros de CNS.

14

Fuentes de Datos

Otros Registros Públicos

Fuentes de datos	Fortalezas	Debilidades
▲Informes, asesorías gubernamentales (documentos especiales) ▲Estudios académicos ▲Estudios o informes de ONG´s. ▲Informes de donantes nacionales.	▲Ricos en detalles sobre temas específicos.	▲Alcance geográfico o demográfico limitado. ▲Rigor analítico variable. ▲Puede que las categorías no se ajusten a las necesidades de las CNS.

NOTAS DEL EXPOSITOR

En una capacitación nacional: el instructor le puede preguntar a los participantes del equipo de CNS que comenten cuáles fuentes están disponibles (para «otros registros gubernamentales») en el país y cuáles son sus fortalezas y debilidades. Todo los registros deben escribirse en un rotafolio. Esto servirá para la próxima sesión cuando se le pida al equipo diseñar un plan de datos.

15

Fuentes de Datos

Registros de los seguros

Fuentes de datos	Fortalezas	Debilidades
	▲Fuerte énfasis en la atención de salud y gastos relacionados.	▲Falta de detalle funcional para CNS. ▲Probablemente excluyan pagos a pacientes en términos de co-pagos y deducibles. ▲No hay sistema central de información y es difícil llegar a cada proveedor de seguros en el país. ▲Negativa generalizada a compartir por lo menos cierta información propietaria, como la relación pérdida-ganancia.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Los registros de los seguros usualmente incluyen las primas que pagan los hogares y las empresas al seguro + los costos médicos y administrativos de los seguros. Generalmente es difícil obtener estos registros en forma bruta; usualmente se hace una encuesta en la cual se le pide al director de la empresa/del programa de seguro que responda algunas preguntas sobre los costos. Esto puede que concierna al seguro público de salud (gasto en salud de la seguridad social) para el cual la información normalmente es pública y que utiliza el sistema contable del sector público.

Para los seguros privados, normalmente es difícil obtener registros secundarios y esto supone recolectar información primaria. Al recolectar información del seguro, recuerde distinguir entre pagos por primas y co-pagos. Los co-pagos son pagos por prestación de servicios. Las primas son transferencias a los agentes de financiamiento.

16

Fuentes de Datos

Registros de Proveedores

Fuentes de datos	Fortalezas	Debilidades
▲Obtenidos de los proveedores. ▲Obtenidos de agencias reguladoras (por ej. licencias) o financieras (por ej. impuestos). ▲Obtenidos de asociaciones gremiales.	▲Específicos y completos en cuanto a gastos de salud relevantes. ▲Los registros están dentro de los límites de la salud.	▲ La exactitud de los datos es cuestionable ya que algunos proveedores (privados) pueden ser reacios a compartir información financiera verdadera (por ej., motivos tributarios). ▲Puede que haya muchos proveedores en un país y que sea difícil obtener una muestra adecuada. ▲La presencia de un amplio sector informal (curanderos) dificulta la recopilación de datos sobre gastos.

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Señale que hay un ejemplo de registro de proveedor en la carpeta de los participantes.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Proveedores privados: # de fuentes potenciales de información – autoridades tributarias o fuentes autorizadas

debilidad número 2: En Egipto fue difícil estimar el tamaño efectivo de los proveedores privados (oficinas de los doctores) porque era difícil obtener una muestra.

Difícil obtener datos secundarios para proveedores. Algunos países, como México, los incorporan en sus sistemas estadísticos como parte de los censos económicos pero es un fenómeno bastante excepcional. En otros países, los registros tributarios son públicos, como en EE.UU. las compañías con fines de lucro. Muchas veces para obtener datos sobre proveedores se requiere recopilar datos primarios. Incluso eso es difícil por lo complicado que resulta definir el marco general de la muestra. Volveremos posteriormente sobre este punto.

17

Fuentes de datos

Registros de hogares

Fuentes de datos	Fortalezas	Flaquezas
	▲ Directamente vinculados a características sociales, económicas, demográficas y otras de los pacientes. ▲Pueden ser diseñados para capturar exactamente la información precisa de salud que se busca. ▲ La más exacta información sobre gastos directos – útil para análisis de equidad.	▲ Las encuestas específicas son costosas y demorosas, por ello puede que los datos sean añejos o tengan que ser extrapolados al año actual. Las extrapolaciones se traducen en inexactitud de los datos. ▲Posibilidad de muestrear o no muestrear errores. ▲ Los registros se refieren sólo a servicios médicos personales, y no pueden ser utilizados para estimar gastos en servicios de salud públicos y colectivos. ▲Encuestas rutinarias de hogares (por ej., encuestas sobre ingresos y gastos de los hogares) son más regulares pero no necesariamente incluyen todas las preguntas relevantes para la atención de salud.

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor puede, si lo estima conveniente, distribuir algunas encuestas de hogares especialmente diseñadas para recopilar datos sobre gastos para las CNS.

18

Fuentes de datos

Registros de donantes

Fuentes de datos	Fortalezas	Debilidades
	▲ Encuestas anuales rutinarias de toda la asistencia de donantes. ▲ Proporciona visión del país e información del sector de salud (por ej., el Informe del Banco Mundial sobre el Sector Salud). ▲ Lista los actores clave del sector salud.	- A veces demasiado genérico. - Difícil valorizar donaciones en especie. - Cuando los donantes hacen donaciones directamente a ONG´s o entidad local , es probable que falte la información sobre financiamiento. -Diferencias en desembolsos entre donantes y ministerios.

19

Fuentes primarias de información: encuestas, etc.

20

Mejorar la calidad de los datos de las encuestas

- Reducir *el sesgo de la muestra* – ocurre cuando la muestra no es verdaderamente representativa de la población (es decir, se desconoce el denominador)
- Reducir *el error de la muestra* – ocurre cuando los resultados están basados en una muestra y se generalizan a todo el universo; puede disminuir aumentando el tamaño de la muestra
- Reducir *el error no de muestra* – ocurre cuando las preguntas de la encuesta "no preguntan lo que se quiere" o "no obtienen lo que se busca;" esto se resuelve mediante un diseño cuidadoso y una prueba piloto en campo antes de iniciar la encuesta

21

Cuestionarios a seguros de salud

1. Especifique si son con fines de lucro, estatales, privados sin fines de lucro
2. Trate de obtener un desglose entre contribuyentes "Grupo/Empresa" y "Familia/Individual"
3. Obtenga algún detalle en cuanto a primas y beneficios (usualmente a nivel de proveedor, difícil que sea funcional)

22

Cuestionarios para seguros de salud (sigue)

4. Pregunte si son en efectivo o acumulativas
5. Si reciben aportes del Estado en efectivo o especie
6. Si reciben préstamos o aportes de donantes
7. Pregunte qué porcentaje de las primas de seguros de vida /salud está destinado a cobertura de vida y a cobertura de salud

23

Cuestionarios para el empleador

1. Propiedad (paraestatal, privada, etc.)
2. Actividad principal de la empresa
3. Cantidad de empleados cubiertos por el seguro y si incluye dependientes
4. Monto total pagado por la empresa en primas durante el período informado.

Nota para los instructores

Muestre el ejemplo de encuesta a los empleadores incluida en la carpeta de los participantes.

Notas del expositor

El instructor puede mostrar algunos ejemplos de países en este cuestionario (observe que los que aparecen en este manual sólo le preguntan a los empleadores sobre sus pólizas de seguro).

La información referente a los empleadores (privados) es difíciles de registrar. Verifique si el gobierno tiene encuestas oficiales de rutina y tal revise la pñosibilidad de obtener algún beneficio de estas encuestas. Si la respuesta es negativa, tendrá que efectuar una nueva encuesta.

A veces es difícil obtener una muestra adecuada debido a la falta de un marco establecido (se desconoce el universo, especialmente si hay una gran rotación de pequeñas empresas – no es necesario preocuparse si la estimación del gasto es pequeña)

24

Cuestionarios para el empleador (sique)

5. ¿Qué servicios de salud cubre?
6. Total pagado por servicios durante el periodo
7. ¿Contribuyen los empleados al seguro de salud?; ¿con cuánto?
8. ¿Contribuye algún otro, gobierno u organización a los beneficios de salud brindados por la empresa?

25

Cuestionarios para el empleador (sigue)

9. ¿La empresa reembolsa a los empleados por gastos médicos incurridos? ¿En qué medida?
   - ¿Cuánto reembolsa la empresa a las instituciones de salud privadas y públicas?
10. ¿Dispone la empresa de servicios in situ?. En caso de respuesta afirmativa, ¿cuáles? ¿Alguna otra ONG contribuye a esos servicios?

26

Cuestionarios para el donante

- ¿Qué proyectos son financiados por el donante y en qué medida son financiados esos proyectos?
- ¿Cuál/es es/son la/s institución/es beneficiaria/s de los fondos? (Asegúrese de anotar cualquier ONG proveedora que reciba fondos).
- ¿Multilateral/bilateral?

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor puede señalar que durante el ejercicio de rellenar los cuadros de FA x Proveedor se entregará un ejemplo de este cuestionario.

27

Cuestionarios para el proveedor privado

- Fondos totales recibidos por diferentes entidades, por ej. pacientes, estado, empleadores, compañías de seguro., etc
- ¿A dónde va el dinero? ¿A qué tipo de funciones?

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Distribuya un ejemplo de una encuesta proveedores.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Es muy difícil que los proveedores rellenen los cuestionarios.

Envíelo al administrador del establecimiento.

Para las funciones: se puede desglosar en términos registrados por los proveedores, pero esto debe ser equiparado con las funciones de CNS. (Procure no confundir el nivel de atención con las funciones).

Para proveedores públicos: sus registros usualmente están divididos en departamentos, las líneas presupuestarias son similares a las del gobierno. Por lo tanto, será necesario equipararlos con las funciones.

Para proveedores privados: sus registros se basan en cómo el hospital le factura a los pacientes y los ingresos que recibe, a través de los costos de hotelería , comidas, enfermeras. Si alguien le paga al doctor una tarifa por servicios, puede que no figure en los registros del hospital (esta es una transacción entre el paciente y el doctor, no el hospital)

28

Cuestionario para el curandero tradicional

- ¿Cómo retribuyen los pacientes los servicios del CT? ¿En efectivo, pago en especies, o "regalos"?
  - Determine el valor de mercado de "regalos"/pagos no monetarios
- ¿Por qué los pacientes recurrieron al CT (opinión del CT)? ¿Por razones de salud, bienestar? (¡recuerde los límites en gastos de salud!)
- Recuerde que el período debe ser breve (1 mes o menos), a no ser que el CT mantenga registros
- ¿Puede capturarse VIH/SIDA en esta encuesta? Difícil

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Señale que hay un ejemplo de encuesta a curanderos en la carpeta de los participantes.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Recuerde que el gasto en salud se hace con el «intento» de mejorar la propia salud

Indice de precios = se desarrolla para monetarizar los pagos.

Se puede corroborar con una encuesta a los hogares.

29

Ejercicio

1. Identifique las fuentes secundarias en su país y/o región
2. Identifique las fuentes primarias en su país y/o región
3. Desarrolle el plan de datos para su país

Unidad 5 - Ejercicios

Pregunta 1 para debatir

A medida que el instructor repasa cada categoría de fuente de datos, puede ir preguntándoles a los participantes qué tipos de fuentes de datos existen en sus países y cuáles son sus fortalezas y debilidades.

Respuesta registros gubernamentales

Nombre de los registros	Fortalezas	Debilidades

Respuesta otros registros públicos

Nombre de los registros	Fortalezas	Debilidades

Respuesta registros de los seguros

Nombre de los registros	Fortalezas	Debilidades

Respuesta registros de los proveedores

Nombre de los registros	Fortalezas	Debilidades

Respuesta registros de los hogares

Nombre de los registros	Fortalezas	Debilidades

Respuest registro de lod donantes

nombre de los registros	Fortalezas	Debilidades

Preguntas prácticas

Instrucciones: Ahora los participantes tienen que determinar el plan de recolección de datos. Este trabajo puede ser dirigido por la persona con mayor experiencia del equipo (o de los equipos nacionales, si se trata de una capacitación de nivel regional). Todos los acuerdos establecidos para esta tarea deben escribirse en el rotafolio/acetato. Los estudiantes también pueden escribirlos en el cuaderno de ejercicios y en el libro de notas.

Plan de datos: Recursos secundarios

Encargado de los registros:

Nombre de la fuente de datos	Responsable del equipo de obtener los datos	Persona que contactar (por ejemplo, un miembro del Comité Director) para obtener información	Plazo para recolectar fuentes de datos e informar al equipo
Registros gubernamentales			
Otros registros públicos			
Registros de los seguros			
Registros de los proveedores			
Registros de los hogares			
Registros de los donantes			

Plan de datos: recursos primarios

Encargado de los registros

Nombre de la encuesta	Miembro del equipo encargado de la coordinación del diseño de la encuesta y del desarrollo de un plan de trabajo específico	Persona que contactar (por ejemplo, un miembro del Comité Director) para el diseño de la encuesta	Plazo final para contactar la persona y completar la encuesta	Plazo final de la prueba piloto	Plazo final para realizar la encuesta y recolectar los datos

6

Unidad 6

Organización de los datos para llenar los cuadros de CNS

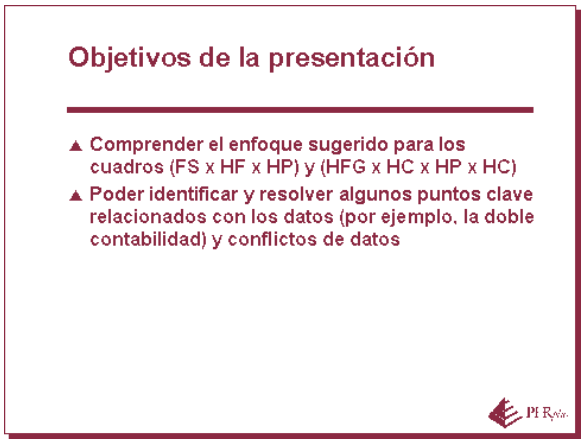
Duración

90 minutos

Objetivos de aprendizaje

Al final de esta Unidad, los participantes:

- Comprenderán el enfoque recomendado para llenar los cuadros de CNS
- Sabrán identificar y resolver algunos problemas relacionados con los datos (por ejemplo, la doble contabilidad) y los conflictos de datos



Contenido

- Enfoque general para llenar los cuadros
- Cómo llenar los cuadros FS x HF y HF x HP
- Cómo llenar los cuadros HF x Func y HP x Func
- Cómo resolver conflictos de datos
- Cómo evitar la doble contabilidad
- Orden recomendado para llenar los cuadros

Exercise

- Preguntas para debatir y de aplicación

I. Enfoque general para llenar los cuadros

Puesto que esta es una de las unidades más complejas, puede que resulte conveniente que el instructor presente la primera mitad de la presentación en PowerPoint (hasta los cuadros FS x HF y HF x HP), luego realice los dos ejercicios sobre estudios de caso relacionados –Estudio de caso I de Susmania y Estudio de caso II de Susmania- y finalmente vuelva a la segunda mitad de la presentación de la Unidad 6 (cómo llenar los cuadros HF x Func y HP x Func).

Recuerde a la hora de elaborar los cuadros

- Los países deben elaborar los cuadros que correspondan, a partir de un menú de 9 cuadros. La opción de cuales hacer y en que orden debe estar sujeta a las necesidades del país y a la disponibilidad de datos. Los cuadros mas comúnmente elaborados por los países don FS x HF y HF x HP
- La relevancia y confiabilidad de la información juegan un papel critico a la hora de determinar que cifras utilizar
- El tener por lo menos dos puntos de vista acerca de cada entrada en la cunetas (originadores y usuarios) ayuda a validar y confirmar la información. Ésta es la ventaja de la estructura de un cuadro de CNS
- Puesto que las fuentes de datos se traslapan, evite la doble contabilidad de los gastos
- Permanezca dentro de la definición de gasto en salud

Ahora que ya han sido recopilados los datos, el equipo procede a llenar o los cuadros. La tarea puede parecer enorme dado las muchas dimensiones que tienen las cuentas de salud y la cantidad de datos que supuestamente se ha juntado, pero si se opera con procedimientos sistemáticos y medidas de validación de los datos, se podrán obtener cuadros de CNS de gran calidad.

Antes de enumerar los pasos que supone llenar un cuadro, el instructor debe repasar varios tópicos que deben recordarse a lo largo de todo el proceso iterativo de las CNS:

- La relevancia y confiabilidad de los datos juegan un papel determinante a la hora de determinar cuáles cifras a utilizar en los cuadros.

Recuerde a la hora de elaborar los cuadros (sigue)

- ¿El sistema de reporte de gasto es en flujo de efectivo o gasto devengado?
- La información registrada debe corresponder al mismo periodo de tiempo
- La primera aproximación de los cuadros es preliminar y pasará por varias revisiones
- Documente cada decisión

- La ventaja de la estructura de un cuadro de CNS es que, al igual que una tabla de contabilidad de doble entrada, hay por lo menos dos perspectivas para cada dato ingresado en las cuentas (originadores y usuarios); esto ayuda a revisar la consistencia de los datos y a evitar errores matemáticos. (VALIDAR se refiere a asegurarse que los datos representan la realidad. Este proceso de validación debe hacerse antes de llenar los cuadros)
- Averigüe si los datos reportados en las fuentes originales de información se reportan como flujo de efectivo o gasto devengado (acumulativo).
- Asegúrese que los gastos ocurrieron durante el **período de tiempo** determinado.

- Documente cualquier decisión relativa al porqué de cada dato utlizado. Esto facilita el trabajo durante posteriores controles de calidad y facilita el proceso en futuros ciclos de cuentas de salud.
- La información para cada celda del cuadro puede ser compilada a partir de numerosas fuentes o repetida en más de una fuente de datos, en cuyo caso debe tenerse cuidado de no realizar una doble contabilización del gasto correspondiente.
- Incorpore información que se refiera únicamente a gasto en salud
- La **primera aproximación de los cuadros es *preliminar*** y va a pasar por varias revisiones hasta que se completen finalmente los cuadros y se verifiquen los datos.

II. Cómo rellenar los cuadros

De un menú de nueve cuadros, los países pueden intentar realizar la cantidad de cuadros que deseen y en el orden que mejor les convenga. La elección de lo cuadros debe responder a los objetivos de política y a la disponibilidad de datos. Los tipos de cuadros más comunes con los que podrían empezar los países son el cuadro FS x HF y el cuadro HF x HP. El cuadro FS x HF describe los flujos de las fuentes de financiamiento a los agentes financiadores y el cuadro HF x HP describe los flujos de los agentes financiadores a los proveedores.

El cuadro FS x HF

Comience con el cuadro FS x HF (GP: pág. 140, 10.01-10.11; pág. 156, 11.01-11.12). Existen muchas formas de llenar el cuadro y esta decisión corresponde al país que está realizando CNS. Ahora bien, el siguiente procedimiento ha resultado exitoso en varios países.

1. **Comience el "medio" de los cuadros básicos de CNS con los agentes financiadores.** Los HF son la categoría más fácil de capturar en términos de gastos y desde ahí es más fácil avanzar (hacia los proveedores y las funciones). ¿Por qué los HF son la categoría más fácil de localizar? En primer lugar porque los HF tienen un

Una primera aproximación – Cuadro FS x HF

1. Es bueno comenzar con los actores en el MEDIO de los cuadros básicos de CNS : Agentes Financieros.
   - ¿Por qué?
     - Puede moverse hacia delante (usos) y hacia atrás (fuentes).
     - Hay menos HF, por lo tanto es relativamente es relativamente más sencillo obtener la información correspondiente
     - Los datos relativos a los HF son los más sólidos, y por lo tanto es la dimensión mas confiable de las CNS

Una primera aproximación – Cuadro FS x HF

2. Intente elaborar una tabla FS x HF.
3. Elabore una lista y clasifique todos los potenciales Agentes Financiadores

control programático de sus fondos, claramente discernibles en términos de pago por bienes y servicios de atención de salud. La segunda razón es que hay relativamente pocos HF (si los comparamos, por ejemplo, con los proveedores). Finalmente, los datos correspondientes a los HF generalmente son los más sólidos. Esto hace que los HF constituyan la dimensión más sólida también de los cuadros de CNS.

2. **Haga una lista y clasifique todos los HF potenciales** en la primera columna (eje vertical) del cuadro.
3. **Ordene los tipos de gastos relacionados con los HF.**
   - Los fondos que se utilizan para que opere un proveedor o un programa de salud son registrados como fondos asignados por los HF a los proveedores o las funciones. Por ejemplo:
     - El MDS operando su propia clínica
     - Pago del MDS a un proveedor que no sea del MDS para que preste atención de salud a un paciente asegurado por el MDS.
     - Transferencia del Ministerio de Hacienda al MDS
   - También es importante identificar y excluir los gastos de los HF que *no* son destinados a la atención de salud. Por ejemplo:
     - El gasto del MDS en gasto de asistencia social en hogares para ancianos
4. Haga una primera aproximación del gasto de los HF
   - Comience con las unidades del gobierno central, tales como el MDS. Que son las más fáciles de identificar
   - Identifique las múltiples fuentes de financiamiento para cada HF.
   - Utilice un cuadro "T" para cada *fondo de salud de* los HF (ver Cuadro 6.1). El cuadro "T" es una herramienta que los contadores de cuentas nacionales utilizan con frecuencia. Para efectos de las CNS, lo único que se requiere para el cuadro T es identificar el dinero atribuido a la salud e identificar la fuente de ese dinero (GP: pág. 146, 10.27-10.29). Los gastos aparecen en el

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 7 y recuérdele a los participantes la apariencia que tiene el cuadro FS x HF.

Una primera aproximación – FS x HF (sigue)

4. **Ordene los tipos de gastos relacionados con HF**
   - a. **Los fondos reutilizados en el manejo y administración de un proveedor o programas de salud son fondos asignados por los HF a los proveedores y funciones. Por Ej.:**
     - i. El pago del MDS al proveedor externo al MDS para prestar atención de salud a un paciente asegurado por el MDS.
     - ii. Gasto del MDS para salud pública.
     - iii. MDS operando su propia clínica (es un proveedor en este caso pero el MDS es esencialmente un HF para sus propios proveedores).
   - b. **Fondos transferidos a una organización / individuo, por el pagador efectivo de los servicios de salud, son *fondos recibidos por los HF de las fuentes. Por ej.:***
     - i. Transferencia de fondos del Ministerio de Finanzas al MDS.
   - c. ***Identifique y excluya el gasto de los HF no destinado a atención de salud.*** *Por Ej...:*
     - i. El gasto del MDS acciones de asistencia social en hogares para ancianos.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 9 y discuta el cuadro.

Cuadro 6.1: La cuenta "T"

Gastos en salud del MDS		Ingresos en salud	
Programa	15,000 Cr	Ministerio de Financas	12,000 Cr
		USAID	5,000 Cr
Capital	5,000 Cr	Otros ingresos	5,000 Cr
		Total	22,000 Cr

costado izquierdo del cuadro y los ingresos de HF (que provienen de las fuentes de financiamiento) en el costado derecho. La regla básica de los cuadros "T" es que la suma de las entradas de la izquierda debe ser equivalente a la suma de la derecha, en otras palabras, los ingresos deben ser equivalentes a los gastos totales o a los ingresos retenidos.

Ahora el equipo puede comenzar a ingresar datos en el cuadro FS x HF.

El cuadro HF x HP

Una vez que se ha hecho la primera aproximación sobre el cuadro FS x HF, el equipo puede abocarse al cuadro HF x HP (GP: pág. 170, 12.01-12.10).

- En los encabezados de columna del cuadro HF x HP aparecen los agentes financiadores de la atención de salud.
- En los encabezados de las filas aparecen los proveedores (productores) de la atención de salud.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 12 como una muestra de un cuadro HF x HP antes de ser rellenado con datos.

Este paso puede ser complicado porque pueden traslaparse las entidades que producen atención de salud con las que la financian. Por ejemplo, puede que el MDS sea a la vez un agente financiador y un proveedor.

1. Desglose el gasto de HF por tipo de proveedor. A este nivel no es necesario poner números, simplemente **identifique a los proveedores.**
   - Los desgloses por proveedores usualmente se pueden encontrar para los principales FS, como el MDS. Por ejemplo:
     - Los registros de gastos del MDS pueden mostrar que éste proporciona fondos a sus hospitales, clínicas, etc. Haga una lista con estos proveedores en la primera columna del cuadro. Si estos registros no están disponibles, procure obtener información de encuestas.
     - Si no hay estimaciones sobre los gastos de los hogares, puede

El cuadro HF x P

8. Comience nuevamente desde el nivel de HF, pero en lugar de mirar hacia atrás, mire hacia delante, a los proveedores
   - El proceso puede ser complicado, porque muchas veces hay traslape entre entidades que producen y financian atención de salud; por ej. El MDS puede ser HF y proveedor.
   - EL equipo de CNS tiene que distinguir entre estos dos roles.
     - Las columnas reflejan el financiamiento de la atención de salud (recursos de los HF).
     - Las filas reflejan la producción de la atención de salud (recursos de los proveedores).

El cuadro HF x HP (sigue)

9. Desglose los HF por tipo de proveedor.
   (No es necesario aún ingresar cifras, sólo identifique a los proveedores.)
   - Los desgloses presupuestarios usualmente están disponibles para los principales HF, por ej. MDS.
   - Si no están disponibles, recabe información de las encuestas.
   - Si no hay información directa sobre gasto de los HF, use otros métodos de estimación, por ej. Entreviste a una fuente experta:
     - Afirmaciones como "nuestras pólizas de salud sólo cubren servicios de médicos y sólo un número limitado de medicamentos" pueden ser de enorme valor.

resultar útil ver cuáles servicios han sido prestados por los proveedores a los hogares.

- Si no hay información directa respecto del desglose de gasto de HF, utilice otros métodos de estimación. Por ejemplo:
  - Entreviste a un experto. Muchas veces frases como "Nuestras pólizas de seguro sólo cubren los servicios médicos y, en menor cuantía, los medicamentos" pueden ser de enorme valor.

El cuadro HF x P (sigue)

10. Clasifique la lista de proveedores de acuerdo al código de la OCDE
11. Agregue nuevas entidades halladas que reciben fondos de HF (inserte filas de proveedores) si fuere necesario
12. Tome los totales de FILAS del cuadro FS x HF y colóquelos como totales tentativos de COLUMNA en el cuadro a FS x P
13. Coloque las estimaciones totales inicialmente reportadas al final de cada fila de proveedor

El cuadro HF x HP (sigue)

14. Consulte a los proveedores e infórmese de dónde provienen sus ingresos– verifique de acuerdo a las estimaciones de los HF (columnas) para comprobar que la información de los proveedores es exacta
    - Es muy poco probable que ambas coincidan
    - Regla general: si dos estimaciones difieren en 2% (o más) intente reconciliar las diferencias

2. Clasifique los proveedores de acuerdo a los códigos CICS.
3. Cree filas adicionales de proveedores a medida que aparecen nuevos proveedores.
4. Ingrese estimaciones de gastos en el cuadro. Comience por tomar los totales de *fila* del cuadro FS x HF y colóquelos como "suma preliminar" en los totales de columna del cuadro HF x HP.
5. A partir de los registros de HF, ingrese las estimaciones iniciales desagregadas en la línea correspondiente a cada proveedor.
   - Si no se pueden desglosar los gastos, el equipo de CNS puede colocar la estimación de gasto en la categoría "n.s.k." (not specified by kind - no especificado por su especie, según las siglas en inglés). Pero esto debe hacerse como última opción ya que en la medida que crece esta categoría se reduce la utilidad política del estudio de CNS.
6. Evalúe fuentes de datos de los proveedores y observe de qué manera los proveedores generan sus ingresos. Este paso sirve para verificar si las estimaciones de HF (del paso 5) son exactas. El instructor debe señalar que es muy poco probable que las estimaciones de HF y proveedores coincidan exactamente.

Las preguntas que vienen a continuación acerca de cómo deberían capturarse los pagos de los usuarios generan debate entre los participantes. El instructor debe estar preparado para manejar estos debates. El cuadro que aparece al final de la sección de Cuadros de la presentación de PowerPoint puede facilitar las explicaciones del instructor.

Pregunta 1 para debatir

Los pagos de los usuarios incurridos por los hogares para financiar los servicios de atención de salud prestados a los miembros del hogar en los hospitales del MDS son enviados al MDS central, en otras palabras no son retenidos por el hospital que los percibe. (Estos pagos, sin embargo, serán utilizados en el futuro para fines relacionados con la salud).). ¿Dónde se colocan estos pagos en el cuadro? (GP: pág. 142, 10.15)

Respuesta

Los hogares son el agente financiador del monto de la cuota que pagan. Por ende, el gasto del gobierno es neto de esas cuotas. Por ejemplo, el MDS administra un hospital a un costo de 2500 Cr. El hospital del MDS percibe 150 Cr directamente de los usuarios. Por lo tanto, a los hogares que son HF, se les asignará 150 Cr en el cuadro; el MDS será el HF para los 2350 Cr restantes (2500 – 150 = 2350).

Nota para los instructores

Las preguntas que aparecen en las transparencias 16, 17 y 18 sobre cómo se deben capturar los pagos de los usuarios suelen generar debate entre los participantes. Esté preparado para facilitar estos debates.

El cuadro en la transparencia 19 puede ayudarle al instructor a explicar lo que son los pagos del usuario.

Pregunta 2 para debatir

Los pagos realizados por lo hogares por concepto de los servicios de atención de salud que prestan los hospitales del MDS a los miembros de los hogares son enviados al Ministerio de Finanzas como parte de los impuestos sobre la renta. ¿Dónde se colocan estos pagos en el cuadro? (GP: pág. 142, 10.15)

Respuesta

Estos fondos no se asignan al MDS como HF o proveedor. De hecho, no son tomados en cuenta en absoluto en las CNS porque están mezclados con impuestos sobre la renta y pueden ser utilizados para propósitos ajenos a la salud. El valor de los servicios en los hospitales del MDS equivale al monto que el MDS les entregue.

Pregunta 3 para debatir

Los pagos realizados por los hogares por concepto de los servicios de atención de salud que prestan los hospitales del MDS a los miembros de los hogares son retenidos por el hospital. ¿Dónde se colocan estos pagos en el cuadro? (GP: pág. 142, 10.15)

Respuesta

Los hogares son los HF. Sus pagos como usuarios son considerados como entradas suplementarias a los recursos que el MDS le entrega a los proveedores. Por lo tanto, no es necesario sustraer el monto de los pagos al monto que el MDS (HF) asigna a los hospitales, que se ubicaría en la celda que marca la intersección dellos hogares como HF y los hospitales como P en el cuadro HF x HP.

Para poder evaluar una política y eventualmente introducir cambios en ella, es preciso que los encargados de la elaboración de políticas entiendan cuáles son los tipos de atención que se prestan; cómo y dónde se presta la atención de salud; que tan equitativo es el gasto en salud a través de evaluar su distribución entre los diferentes grupos geográficos, de edad y de ingreso. Estos temas pueden ser abordados a través de los siguientes cuadros que muestran la forma en que son realizados los gastos. A diferencia de los dos cuadros anteriores, éstos no necesitan reflejar todo el gasto en salud. Tienen una dimensión analítica específica (o función) que destaca determinados aspectos o elementos del sector salud, tales como la proporción del gasto total en salud que es destinado a la lucha contra el VIH/SIDA y las enfermedades asociadas, o en un segmento específico de la población.

¿Por qué obtener Información de Nivel Funcional?

- Dos cuadros distributivos: HF x F y P x F. Esta información es difícil de compilar pero relevante para los encargados de políticas
- Los encargados de políticas pueden estimar exactamente cómo son utilizados los recursos (los cuadros responden las preguntas):
  - ¿Cuánto se gasta en atención curativa vs. prevención?
  - ¿Cuánto es destinado a productos farmacéuticos?
  - ¿Cuánto se gasta en administración?
  - ¿Cuánto se gasto en salud materno-infantil?
- Los cuadros distributivos no necesariamente tienen que reflejar todo lo que se gasta en salud porque sólo miden una dimensión específica del sector salud

Al margen de cuál sea el alcance de estos cuadros funcionales, la pauta para rellenarlos es la misma: uso de la CICS y el hecho de que la información presentada debe ser exhaustiva y lo más completa posible.

¿Qué Cuadro completar? ¿HF x HC o HP x HC? (sigue)

- Ambas tablas son recomendables para las CNS.
- Los países deben decidir en función de la relevancia política
  - El país X puede estar mas preocupado de discernir DONDE son prestados los servicios. En ese caso, el cuadro, HP x HC es útil.
  - El país Y puede estar mas preocupado de saber QUIEN paga por los diferentes servicios. En ese caso, el cuadro HF x HC es útil.

Los cuadros que son elaborados con la mayor frecuencia son HF x Func y HP x Func. Ambos cuadros miden el monto gastado en diferentes funciones de salud (bienes y servicios). El cuadro HF x Func estima quién paga por esas funciones y el cuadro HP x Func mide dónde se brindan estas funciones y quiénes son los que las brindan.

Se recomienda completar ambos cuadros. Ahora bien, si por razones de tiempo, recursos o falta de información un país sólo puede completar un cuadro, la decisión de cuál cuadro realizar debe estar determinada por:

- *La relevancia política*: Si saber dónde se prestan los servicios y quién los presta es más importante que quién paga, el país debiera optar por realizar el cuadro HP x Func. De lo contrario, debería optar por el cuadro HF x Func.
- *Disponibilidad de datos*: El tipo de contabilidad que lleva el país y los sistemas de pago también deben influir en alguna medida en la decisión de cuál cuadro realizar. Los presupuestos del sector público no siempre asignan los gastos por funciones; esto dificulta la realización de un cuadro HF x Func.

En términos operativos, por supuesto, no es posible trabajar en un cuadro sin trabajar por lo menos parcialmente en el otro. Por ello, los expertos recomiendan a los equipos de CNS que comiencen armando un cuadro de combinación HF x HP x Func. Esto ayuda a juntar toda la información disponible. Esta tarea puede, sin embargo, ser ardua. Se recomiendan los siguientes pasos para facilitar el proceso:

- En la medida de lo posible, desglose cada pago de HF por función – atención primaria, atención curativa, programas de salud pública, atención dental, farmacias, otros servicios auxiliares, etc. Los HF que no tengan un desglose funcional pueden desagregarse por tipo de proveedor. Toda esta información se ingresa en el cuadro.
- Agrupe todas las funciones identificadas bajo los proveedores correspondientes en las columnas, tal como aparece en el ejemplo del Cuadro 6.2 (La lista de proveedores ya aparece enumerada en el cuadro HF x HP). Esto constituye el esqueleto del cuadro de combinación. Resulta fácil hacer un desglose funcional de proveedores "unifuncionales". Por ejemplo, el monto gastado en farmacias puede atribuirse a "HC 5.1. Farmacéuticos y otros productos perecibles". El desglose funcional de proveedores "multifuncionales" puede ser mucho más complicado porque no es fácil desagregar los gastos en cada función. Un ejemplo de esta situación podría ser desagregar la atención prestada en los hospitales en términos de atención ambulatoria y atención hospitalaria. Esto supondría tener acceso a los registros del hospital.

Cuadro 6.2: Ejemplo de un cuadro de combinación (HF x Función x Proveedor)

Proveedor y Función	Agente Financiero						Total	Compare contra HF x HP
	HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gob. Regional	HF.1.2 NIA	HF.2.1.1 Seguro de grupo del Gob.	HF.2.3 Hogares		
HP.1.1.1. MDS hospitales generales								
HC.1.1 Paciente hospitalizado curativo								
HC.1.3 Paciente externo curativo								
HC.R.1 Capital formation								
HP.1.1.1. MDD hospitales								
HC.1.1 Paciente hospitalizado curativo								
HC.1.3 Paciente externo curativo								
HC.4 Servicios auxiliares								
HC.R.1 Formatción capital								
HP.1.1.1.Hospitales regionales generales								
HC.1.1								
HC.1.3								
Gasto HF Total								
Compare contra HF x HP								

Para preparar un cuadro con dos entradas, comience por identificar las fuentes de datos:

- Sistema de seguridad social, en el caso de que exista
- Hogares
- Donantes
- Otros estudios de costos
- Presupuestos de programas gubernamentales
- Datos del sector privado

Construya el cuadro de doble entrada reconciliando los resultados de los tres pasos anteriores. Si se ha completado el cuadro, resulta fácil desagregarlo en cuadros HF x Func y HP x Func. Si sólo está parcialmente completado, extraiga los componentes que estén más completos y arme ya sea el cuadro HF x Func o el cuadro HP x Func. Si sólo se requiere un pequeño esfuerzo adicional para completar el cuadro de doble entrada, vale la pena intentarlo.

III. Cómo resolver conflictos de datos

Debemos siempre tener en mente la regla del **2 por ciento del Gasto Total en Salud** (GP: pág. 157, Recuadro 11.1). Esta regla estipula que si dos estimaciones de gastos difieren entre sí por menos del 2 por ciento del GTS, usualmente no vale la pena gastar tiempo y energía en resolver la diferencia. El equipo debería optar por una de las dos estimaciones y fundamentar su elección. Ahora bien, si la diferencia es superior a 2 por ciento del GTS, debe empeñarse en conciliar estas dos cifras. Hay muchas sugerencias para conciliar las diferencias.

- **Puede que la diferencia sea fácilmente explicable.** Por ejemplo, la falta de datos sobre un HF puede haber contribuido a que se hayan subestimado sus cifras inicialmente. Otras razón puede ser simplmente que una fuente de datos es más confiable que la otra.
- En caso de grandes o inexplicables diferencias, **examine detenidamente las estimaciones**: ¿Acaso miden lo mismo? ¿Están sujetas a los mismos límites? ¿Miden el mismo período de tiempo? ¿Ambas miden gastos en flujo de efectivo o gasto devengado ?
- En términos más intuitivos, simplemente **observe los datos y verifique si las cifras parecen razonables**. Por ejemplo, ¿es sostenible la magnitud entre el gasto en curanderos tradicionales y en proveedores “estándares”?

- Puesto que existen numerosas fuente de información para un dato en particular, **tenga cuidado de no hacer una doble contabilización de los gastos** colocando el mismo monto en más de una celda del cuadro. Por ejemplo:
  - Puede que una encuesta a los hogares capture ciertos gastos realizados con determinados proveedores. Otras encuestas a los empleadores puede mostrar que los empleadores reembolsan a sus empleados por algunos de estos gastos. El equipo de CNS no debe calcular este monto como gasto de los hogares y de los empleadores.
  - Puede que las empresas efectúen pagos a las compañías de seguro en nombre de sus empleados, que realizan pagos directos a los proveedores. El equipo de CNS debe tener cuidado de no contar dos veces estas transacciones (pago de la empresa a las compañías de seguro y pago de las compañías de seguro a los proveedores).

Pregunta 4 para debatir

Indique algunos ejemplos de otros conflictos comunes entre datos.

Respuesta

USAID entrega $1 millón en ayuda para un programa de vacunación, pero el MDS sólo gasta $800.000 de este monto. Desde la perspectiva de USAID, el gasto es de $1 millón, mientras que desde la perspectiva del MDS, sólo asciende a $800.000. En este caso, sólo se debería considerar el gasto efectivo realizado en el programa de vacunación, a saber $800.000, para el año en cuestión.

IV. Aplicación de esta Unidad

El estudio de caso de Susmania le proporcionará a los participantes una experiencia práctica en materia de llenar los cuadros. Por favor refiérase a la Unidad 7 para el ejercicio sobre el estudio de caso.

Unidad 6

Presentación de transparencias

1

PHRplus

Unidad 6:
Organizar los datos para completar las tablas

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.U.U. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

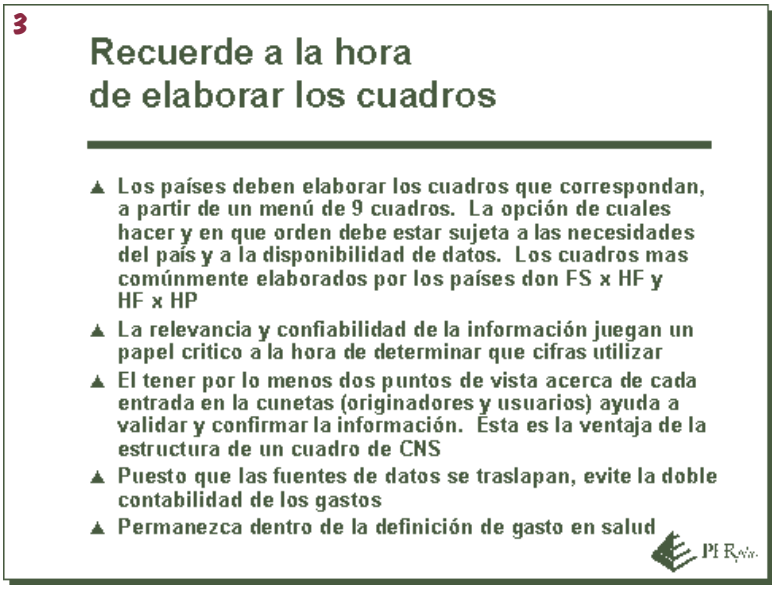
Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philtenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivos de la presentación

- Comprender el enfoque sugerido para los cuadros (FS x HF x HP) y (HFG x HC x HP x HC)
- Poder identificar y resolver algunos puntos clave relacionados con los datos (por ejemplo, la doble contabilidad) y conflictos de datos

PHRplus

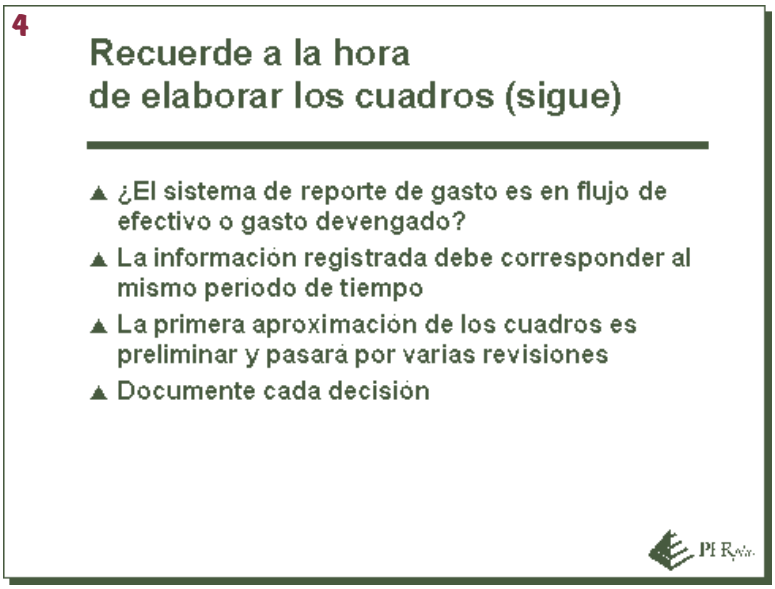


NOTAS DEL EXPOSITOR

Rellenar los cuadros = completar los cuadros.

Se debe recordar estos puntos a lo largo de todo el proceso.

Punto 3. Es siempre necesario buscar dos fuentes de datos para cada celda: ¿Coinciden las contribuciones de una empresa por planilla al seguro de salud con los recibos archivados en el seguro de salud? ¿Coinciden los registros gubernamentales y los de los donantes respecto del monto de dinero que pasó por el MDS? Muy pocas veces coinciden las cifras de dos fuentes de datos distintas. Pero si son muy similares, utilice la fuente que parezca ser la más exacta (recuerde siempre de justificar su elección en relación a la fuente de datos).



NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 4. Recuerde documentar todas las decisiones que tome con respecto a cuál estimación de datos utilizar y por qué. Esto permite hacer posteriormente un control de calidad y facilita el proceso en los ciclos futuros de cuentas de salud.

5

Una primera aproximación – Cuadro FS x HF

1. Es bueno comenzar con los actores en el MEDIO de los cuadros básicos de CNS : Agentes Financieros.
   - ¿Por qué?
     - Puede moverse hacia delante (usos) y hacia atrás (fuentes).
     - Hay menos HF, por lo tanto es relativamente es relativamente más sencillo obtener la información correspondiente
     - Los datos relativos a los HF son los más sólidos, y por lo tanto es la dimensión mas confiable de las CNS

NOTAS DEL EXPOSITOR

Ahora que se ha reunido toda la información, podemos comenzar a completar el cuadro. Esto puede resultar una tarea enorme si no se lleva a cabo de acuerdo a una planeación sistemática.

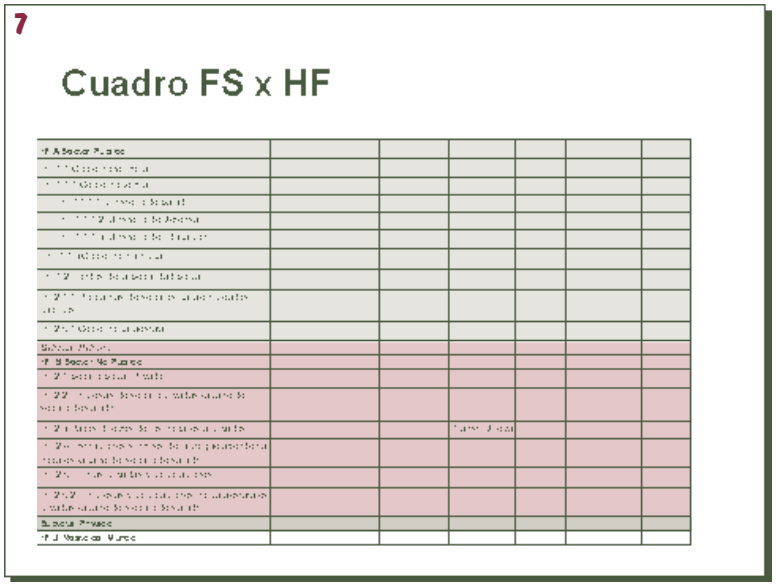
6

Una primera aproximación – Cuadro FS x HF

2. Intente elaborar una tabla FS x HF.
3. Elabore una lista y clasifique todos los potenciales Agentes Financiadores

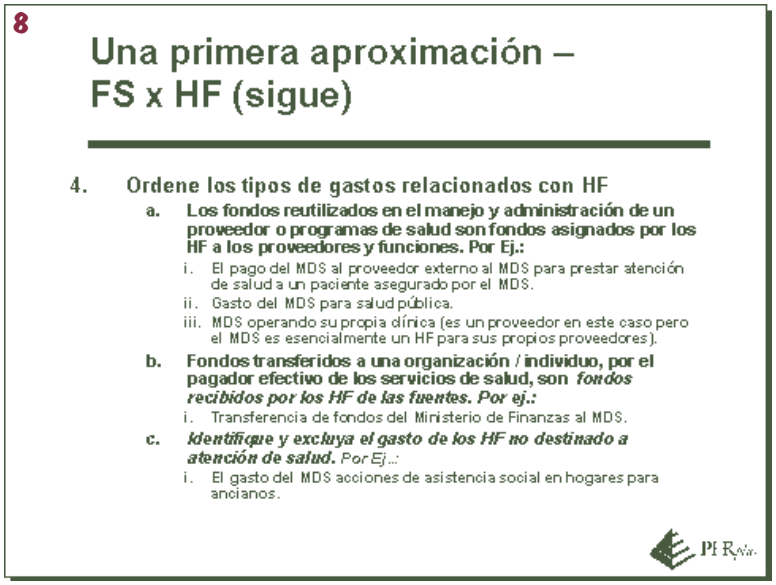
NOTAS DEL EXPOSITOR

Los fondos muchas veces pasan por múltiples niveles cuando fluyen desde la fuente al HF final. La tarea del equipo de CNS consiste en rastrear retrospectivamente los fondos hasta su fuente original (por ejemplo, el MDF).



NOTAS DEL EXPOSITOR

Esta transparencia es para recordarle a los participantes cuál es la apariencia de un cuadro FS x HF. También muestra la realización completa del Paso 3 (listar y clasificar todos los FAs potenciales). Esto podría ser una primera aproximación de un cuadro con clasificaciones. Por favor recuerde que los encabezados de columnas y filas pueden cambiar o variar en cantidad.



9

Una primera aproximación – FS x HF

5. **Montos estimados de HF**
   - **Más fácil de comenzar con unidades de gob. central, por ej. MDS**
   - **Identificar las fuentes para cada HF**
   - **Utilice un cuadro T para cada HF**

Gastos en SALUD del MdS		Ingresos en SALUD	
Programa	15,000 Cr	MdF	12,000 Cr
Capital	5,000 Cr	USAID	5,000 Cr
Formación	2,000 Cr	Otros ingresos	5,000 Cr
Total	22,000 Cr	Total	22,000 Cr

- **Luego comience a completar la tabla F x HF**

NOTAS DEL EXPOSITOR

Para efectos de las CNS, lo único que se requiere para la tabla T es identificar el dinero asignado a la salud e identificar la fuente para ese dinero. Los gastos aparecen en el lado izquierdo de la cuenta y los ingresos de HF (que provienen de esas fuentes) aparecen a la derecha de esa cuenta. La regla esencial de las tablas T es que la suma de las entradas del costado izquierdo debe ser igual a la del costado derecho, es decir, cada ingreso debe corresponder a un gasto o retención.

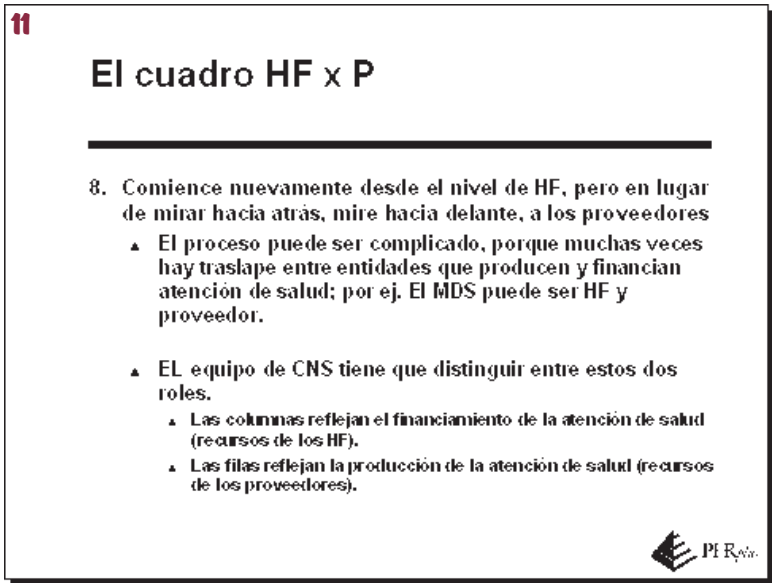
10

Una primera aproximación – FS x HF (sigue)

6. **Una vez realizada una primera estimación, examine los totales de las filas y columnas**
   - **¿SON creíbles? Si algo parece extraño, reevalúe las entradas de las celdas**
7. **Puede ser necesario revisar la lista inicial de HF; si es necesario agregar un nuevo HF, haga el cambio correspondiente en la cuenta T y en el cuadro**

NOTAS DEL EXPOSITOR

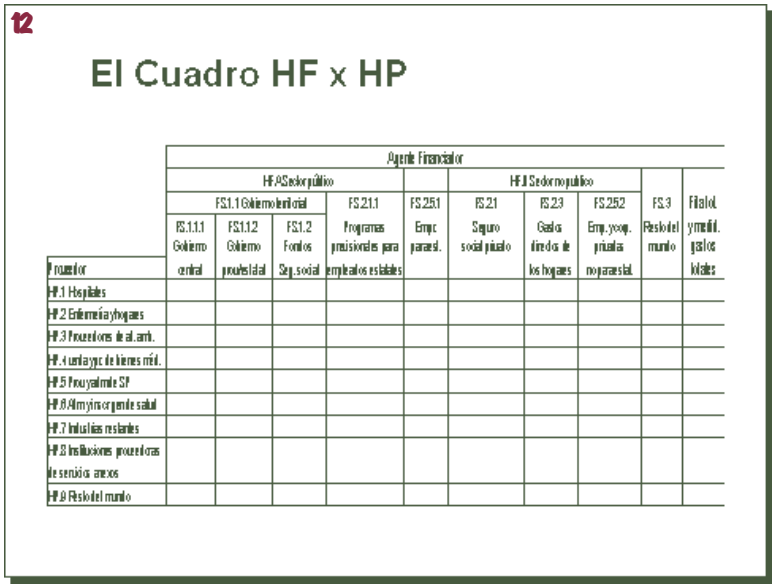
Aun cuando algo parezca erróneo, no necesariamente lo es. Pero mejor asegúrese repitiendo el cálculo.



NOTAS DEL EXPOSITOR

El MDS como HF le paga al proveedor privado para que provea atención de salud a un paciente asegurado por el MDS.

EL MDS como proveedor provee atención de salud en sus propios hospitales, clínicas, etc.



12

El Cuadro HF x HP

	Agente Financiador									
	HF.A Sector público					HF.B Sector no público				
	FS.1.1 Gobierno territorial			FS.2.1.1	FS.2.5.1	FS.2.1	FS.2.3	FS.2.5.2	FS.3	Filas tot. y mutil. gastos totales
Proveedor	FS.1.1.1 Gobierno central	FS.1.1.2 Gobierno provincial	FS.1.2 Fondos Seg. social	Programas previsionales para empleados estatales	Emp. paraest.	Seguro social privado	Gastos directos de los hogares	Emp. y coop. privadas no paraestat.	Resto del mundo	
HP.1 Hospitales										
HP.2 Enfermería y hogares										
HP.3 Proveedores de at. amb.										
HP.4 venta y ctc de bienes méd.										
HP.5 Prov. y admin. SP										
HP.6 Alm y ins. organiz de salud										
HP.7 Instituciones restantes										
HP.8 Instituciones proveedoras de servicios anexos										
HP.9 Resto del mundo										

NOTAS DEL EXPOSITOR

Esta es una primera aproximación a un cuadro HFxHP. Puede que las clasificaciones y los encabezados cambien e medida que se dispone de información adicional.

13

El cuadro HF x HP (sigue)

9. Desglose los HF por tipo de proveedor.
   (No es necesario aún ingresar cifras, sólo identifique a los proveedores.)
   - Los desgloses presupuestarios usualmente están disponibles para los principales HF, por ej. MDS.
   - Si no están disponibles, recabe información de las encuestas.
   - Si no hay información directa sobre gasto de los HF, use otros métodos de estimación, por ej. Entreviste a una fuente experta:
     - Afirmaciones como "nuestras pólizas de salud sólo cubren servicios de médicos y sólo un número limitado de medicamentos" pueden ser de enorme valor.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Punto 1. Usted descubre en los informes presupuestarios del MDS que éste entrega fondos a sus hospitales, clínicas, etc. Haga una lista de estos proveedores en la primera columna del cuadro HF x HP.

Punto 2. Si resulta difícil determinar la cifra correspondiente a los hogares, se puede recurrir a los hospitales y averiguar qué servicios fueron recibidos por los hogares.

Punto 3. Piense creativamente en caso de que las fuentes obvias de datos no estén disponibles. Entreviste expertos en campo, consulte informes de las asociaciones gremiales y profesionales.

14

El cuadro HF x P (sigue)

10. Clasifique la lista de proveedores de acuerdo al código de la OCDE
11. Agregue nuevas entidades halladas que reciben fondos de HF (inserte filas de proveedores) si fuere necesario
12. Tome los totales de FILAS del cuadro FS x HF y colóquelos como totales tentativos de COLUMNA en el cuadro a FS x P
13. Coloque las estimaciones totales inicialmente reportadas al final de cada fila de proveedor

NOTAS DEL EXPOSITOR

Si no es posible desglosar el gasto, póngalo en la categoría "n.s.k" (not specified in kind – no especificado en especie). Este recurso se debe utilizar en última instancia porque al poner gastos en esta categoría se reduce la utilidad en términos de política de las cuentas de salud.

15

El cuadro HF x HP (sigue)

14. Consulte a los proveedores e infórmese de dónde provienen sus ingresos– verifique de acuerdo a las estimaciones de los HF (columnas) para comprobar que la información de los proveedores es exacta
    - Es muy poco probable que ambas coincidan
    - Regla general: si dos estimaciones difieren en 2% (o más) intente reconciliar las diferencias

16

Preguntas para la clase

1 a) Los pagos realizados por los usuarios a los hospitales del MDS son devueltos al MDS y no retenidos por los proveedores.
- ¿Dónde son capturados esos pagos?
  - Los hogares son HF para el monto de los pagos.
  - Por lo tanto, el gasto del Estado es neto de esos pagos, por ej.,
    - EL MDS opera un hospital a un costo de 2500 Cr
    - EL hospital recolecta 150 Cr de los pagos de los usuarios
    - Por lo tanto, los hogares como HF serían 150 Cr y el MDS sería FA para 2500-150= 2350

NOTAS DEL EXPOSITOR

¿Por qué se consideran a los hogares como HF para efectos de las cuotas por servicio a los usuarios en este caso? Porque los hogares determinan para qué servicios se destinarán estos fondos.

¡Evite la doble contabilidad!

Este ejercicio es optativo.

17

Preguntas para la clase

1b) Los pagos realizados por los usuarios a los hospitales del MDS son devueltos al MDF y no retenidos por los proveedores

- ¿Dónde son capturados esos pagos?
  - Los hogares son HF para el monto de los pagos.
  - Por lo tanto, el gasto del Estado es neto de esos pagos, por ej.,
    - EL MDS opera un hospital a un costo de 2500 Cr
    - EL hospital recolecta 150 Cr de los pagos de los usuarios
    - Por lo tanto, Los hogares como HF serían 150 Cr y el MDS sería FA para 2500-150= 2350

NOTAS DEL EXPOSITOR

Si este ejercicio resultó confuso para los participantes, el instructor puede ilustrar el concepto con un diagrama en el rotafolio. En la Guía del Productor se discute este punto, en el capítulo 10.1.5.

18

Preguntas para la clase

1c) Los pagos realizados por los usuarios a los hospitales del MDS son retenidos por los proveedores

¿Dónde son capturados esos pagos?

- Los hogares son HF.
- Considerados suplemntarios a los recursos de MDS entregados al proveedor
- Por lo tanto, no es necesario sustraer el monto de pagos del monto del MDS (HF) asignado a hospitales

NOTAS DEL EXPOSITOR

En este caso, agregue los pagos de los usuarios al monto que el MDS ha entregado al hospital.

19

Respuestas RECOMENDADAS a preguntas 1a-c

Pagos de usuarios (150 Cr) devueltos a MdS	MdS-Gobierno Central	Empresas y corporaciones privadas	Seguro privado	Gastos privados directos de los hogares	Resto del mundo	Fila totales y total gastos
HP1.1 Hospitales del MdS	2500-150= 2350			150		2500

Pagos de usuarios (150 Cr) devueltos a MdS	MdS-Gobierno Central	Empresas y corporaciones privadas	Seguro privado	Gastos privados directos de los hogares	Resto del mundo	Fila totales y total gastos
HP1.1 Hospitales del MdS (PG 10.15)	2500-150=2350			150		2500

Pagos de usuarios (150 Cr) retenidos por proveedor	MdS-Gobierno Central	Empresas y corporaciones privadas	Seguro privado	Gastos privados directos de los hogares	Resto del mundo	Fila totales y total gastos
HP1.1 Hospitales del MdS	2500			150		2500+150= 2650

20

¿Por qué obtener Información de Nivel Funcional?

- Dos cuadros distributivos: HF x F y P x F. Esta información es difícil de compilar pero relevante para los encargados de políticas
- Los encargados de políticas pueden estimar exactamente cómo son utilizados los recursos (los cuadros responden las preguntas):
  - ¿Cuánto se gasta en atención curativa vs. prevención?
  - ¿Cuánto es destinado a productos farmacéuticos?
  - ¿Cuánto se gasta en administración?
  - ¿Cuánto se gasto en salud materno-infantil?
- Los cuadros distributivos no necesariamente tienen que reflejar todo lo que se gasta en salud porque sólo miden una dimensión específica del sector salud

PI Rev.

Nota para los instructores

El instructor puede comenzar preguntándole a la clase cuál es la definición de "función".

Notas del expositor

Resulta difícil obtener datos para este "actor", en primer lugar porque muchas instituciones no informan acerca de sus actividades en términos de "funciones". Puede que el MDS simplemente diga que todos sus fondos van al hospital x y desglosar ese monto en gastos de capital versus gastos de operación. También sucede que aun cuando todos los servicios ambulatorios y hospitalarios se ejecutan en los hospitales, resulta difícil desagregar esta información sobre la base de los registros hospitalarios a no ser que exista una clínica ambulatoria separada con sus propias líneas presupuestarias.

Pocos países de los que participaron en la primera ronda de CNS pudieron llegar al nivel funcional de detalle. Sólo entre 4 y 5 países comenzaron el cuadro y uno sólo (Marruecos) lo completó. Los otros 3 a 4 países realizaron un cuadro que mostraba los montos, pero no su orígen.

21

¿Qué Cuadro completar? ¿HF x HC o HP x HC? (sigue)

- Ambas tablas son recomendables para las CNS.
- Los países deben decidir en función de la relevancia política
  - El país X puede estar mas preocupado de discernir DONDE son prestados los servicios. En ese caso, el cuadro, HP x HC es útil.
  - El país Y puede estar mas preocupado de saber QUIEN paga por los diferentes servicios. En ese caso, el cuadro HF x HC es útil.

NOTAS DEL EXPOSITOR

La decisión de cuál cuadro completar debe hacerse en función de su relevancia política.

22

¿Qué Cuadro completar? ¿HF x F o P x F? (sigue)

- El acceso a información y su disponibilidad
  - Cómo están diseñados los sistemas de pago y contabilidad del país.
  - Es más fácil hacer un cuadro HF x F si el pago es hecho por cada servicio consumido (tal es el caso de los países donde predominan los esquemas de seguro social).
  - Es difícil hacer un cuadro HF x F si los presupuestos del sector público no están asignados por función sino por proveedor.

NOTAS DEL EXPOSITOR

La elección del tipo de cuadro también depende de los tipos de datos que pueden obtenerse.

Ahí donde predomina la seguridad social, el programa reembolsa cada servicio utilizado (no se limita simplemente a financiar los presupuestos operativos de los diferentes proveedores). Por ejemplo, si un paciente se hace un examen de ultrasonido, la factura recibida por el seguro de salud es por el servicio mismo. Por lo tanto es fácil averiguar la distribución funcional y su relación con HF.

Tal como puede apreciarse en algunos de los registros gubernamentales exhibidos, algunos gobiernos sólo capturan el gasto por insumos, tales como medicamentos o salarios. Por ende, puede que sea difícil obtener un desglose de HF x Func.

23

¿Qué tabla completar? ¿HF x HC o HP x HC? (sigue)

- Al margen de cual cuadro se realiza, OPERACIONALMENTE es probable que no pueda hacerse u cuadro sin trabajar en el otro.
  - Se sugiere COMENZAR (no como cuadro final) realizando un CUADRO DE COMBINACION
    - HF x Proveedores X Funciones
  - Util juntar toda la informacion disponible
  - Util cotejar la exactitud de las estimaciones de los HF y proveedores con informes de desgloses funcionales

NOTAS DEL EXPOSITOR

En la primera ronda de CNS, muchos países que intentaron hacer un desglose funcional lo dejaron simplemente como un cuadro de combinación.

Comience con este cuadro compuesto que tiene tres dimensiones; eventualmente puede desglosarse.

24

Completar el cuadro de combinación (sigue)

- Comience por determinar el desglose funcional de HF. Identifique qué tipos de funciones se desarrollan –servicios ambulatorios, servicios de hospilatización, servicio dental, etc.
  - Para HF que no tienen desglose funcional, normalmente es posible hacer una desagregación sobre la base del tipo de proveedor (este monto será colocado en la celda HF x Proveedor).

NOTAS DEL EXPOSITOR

En la transparencia anterior se indica dónde colocar una cifra que no se puede desagregar más allá del proveedor.

Por ejemplo, el MDS (HF) puede ser desagregado en funciones (servicios) de hospitalización y ambulatorios.

25

Completar el Cuadro de combinación (sigue)

- Agrupe las funciones identificadas bajo los proveedores correspondientes (véase el cuadro de combinación). (Utilice la lista de proveedores del cuadro HF x HP).
  - El desglose funcional de proveedores "unifuncionales" (que ofrecen servicios en una sola clasificación de CNS) es fácil, por ej.,
    - Coloque el monto total gastado en farmacias en "HC 5.1. Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos"

NOTAS DEL EXPOSITOR

Ahora pasemos a la segunda etapa correspondiente a ubicar las funciones bajo los respectivos proveedores.

Para seguir con el ejemplo anterior, la función hospitalaria bajo MDS se ubicará bajo hospital del MDS (proveedor).

26

Completar el Cuadro de combinación (sigue)

- El desglose de proveedores "multifuncionales (que ofrecen servicios en más de una clasificación funcional de CNS) es más difícil, por ej.,
  - Hospitales que ofrecen servicios para pacientes ambulatorios y pacientes hospitalizados. ¿Los registros distinguen entre estas funciones? De no hacerlo, verifique la disponibilidad de estudios de costos especializados y complemente la información con estudios sobre salud de los hogares.
  - Los gastos generales y administrativos son usualmente difíciles de asignar. Nota: los gastos de administración de un proveedor no van a "HC.7 administración de salud y seguro de salud". Más bien forman parte de los costos de los servicios prestados.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Asígnele al proveedor gastos generales y administrativos en proporción a los gastos ambulatorios y de hospitalización.

27

Ejemplo de cuadro de combinación (HF x Proveedores y Funciones)

Proveedor y función	Agente Financiador							
	FS.1.1.1.1 Minist. De Salud	FS.1.1.1.3 Minist. De Defensa	FS.1.1.2 Gobierno regional	FS.1.2 NIA	FS.2.1.1 Seguro Estatal	FS.2.3 Hogares	Total	Verifique contra FA x P
HP.1.1.1.1 Hosp. generales del MdS								
PS.1.1 Curativa, intern.								
PS.1.3 Curativa amb.								
PS.R.1 For. capital								
HP.1.1.1.2 Hospitales MdS								
PS1.1 Curativa int.								
PS1.3 Curativ. amb.								
PS4 Serv. auxil.								
HCR.1 Form. capital								
HP.1.1.1.3 Hosp. gen. regionales								
PS.1.1								
PS.1.3								
Total gasto FA								
Verifique contra FAxP								

NOTAS DEL EXPOSITOR

El cuadro de combinación es útil porque permite ingresar ambos tipos de pagos a los proveedores o a un servicio específico. Todo se encuentra en un solo lugar y es fácil de organizar o bien de identificar los faltantes de información.

Ubique todos los totales del cuadro HF x HP antes realizado en las celdas sombreadas. A medida que llena el cuadro, compruebe si obtiene los mismos totales que en el cuadro HF x HP anterior.

28

Completar el Cuadro de Combinacion (sigue)

- Identifique las fuentes de datos
  - Si hay datos disponibles, utilice:
    - Sistemas de Seguridad Social
    - Hogares
    - Donantes
    - Otros estudios de costos
  - Si no hay datos disponibles, utilice:
    - Presupuestos de programas gubernamentales
    - Información del sector privado

29

Completar el Cuadro de combinación (sigue)

- Complete el cuadro de combinación combinando y reconciliando resultados de los tres pasos anteriores
  - Si es completado:
    - Puede desagregarse fácilmente en cuadros HF x HP X HC?
  - Si es llenado parcialmente:
    - Vea cuál nivel tiene más datos: ¿HF x HP o HP x HC? Trate de completar este cuadro usando varias técnicas de estimación y documentando claramente el proceso de estimación utilizado

30

Como resolver conflictos de datos

- Cuando las estimaciones para la misma celda difieren
  - Use la regla de GTS del 2 %. Si la diferencia es de más de 2 % reconcilie la diferencia, si es de menos de 2 %, ignore la diferencia.
- Reconciliar la diferencia
  - La diferencia puede ser explicable, por ejemplo:
    - La ausencia de datos de un HF contribuyó a que sus cifras fueran subestimadas.
    - Una fuente de datos es más fiable.
  - Cuando haya diferencias importantes e inexplicables, reexamine detenidamente las estimaciones:
    - ¿Miden los mismos datos?
    - ¿Están suscritas a los mismos límites?
    - ¿Se refieren al mismo período de tiempo?
    - Es una información presentada como flujo de efectivo o gasto devengado?

Notas del expositor

Si hay una discrepancia inferior al 2 por ciento, tal vez no valga la pena perder tiempo tratando de resolverla. Evalúe si puede resolverla con un mínimo esfuerzo; de lo contrario, ignórela y céntrese en las diferencias que son superiores al umbral de 2 por ciento.

31

Resolver conflictos de datos (sigue)

- Deténgase y verifique si las cifras parecen razonables.
- Evite el doble conteo. El equipo de CNS debe estar atento al hecho de que un mismo dato puede ser capturado en más de una fuente de datos.

NOTAS DEL EXPOSITOR

La doble contabilización se refiere a la repetición del mismo monto de gasto en más de una celda del cuadro.

32

Resolver conflictos de datos (sigue)

- Ejemplos de doble conteo
- Puede que las encuestas de hogares incluyan gastos hechos a ciertos proveedores. Sin embargo, puede que una encuesta a empleadores muestre que los empleadores han reembolsado a sus trabajadores algunos de sus gastos.
  - Se debe evitar contar este dinero bajo empleadores y hogares.
- Gastos de seguros – Puede que las empresas hagan pagos a las compañías de seguros, que hacen pagos directos a proveedores-.
  - Cuente sólo UNA de estas transacciones de pago
  - (no el pago de las empresas a las compañías de seguro y el pago de los seguros a los proveedores).

Unidad 6 - Ejercicios

Pregunta 1 para debatir

Los pagos de los usuarios incurridos por los hogares para financiar los servicios de atención de salud prestados a los miembros del hogar en los hospitales del MDS son enviados al MDS central, en otras palabras no son retenidos por el hospital que los percibe. (Estos pagos, sin embargo, serán utilizados en el futuro para fines relacionados con la salud).). ¿Dónde se colocan estos pagos en el cuadro? (GP: pág. 142, 10.15)

Respuesta

Pregunta 2 para debatir

Los pagos realizados por lo hogares por concepto de los servicios de atención de salud que prestan los hospitales del MDS a los miembros de los hogares son enviados al Ministerio de Finanzas como parte de los impuestos sobre la renta. ¿Dónde se colocan estos pagos en el cuadro? (GP: pág. 142, 10.15)

Respuesta

Pregunta 3 para debatir

Los pagos realizados por los hogares por concepto de los servicios de atención de salud que prestan los hospitales del MDS a los miembros de los hogares son retenidos por el hospital. ¿Dónde se colocan estos pagos en el cuadro? (GP: pág. 142, 10.15)

Respuesta

Pregunta 4 para debatir

Indique algunos ejemplos de otros conflictos comunes entre datos.

Respuesta

7

Unidad 7

Estudios de caso de Susmania: Aplicación de la metodología

Duración

Capacitación regional:
Estudio de caso I: 1 - 2 hours
Estudio de caso II: 90 minutes
Estudio de caso III: 3.5 hours

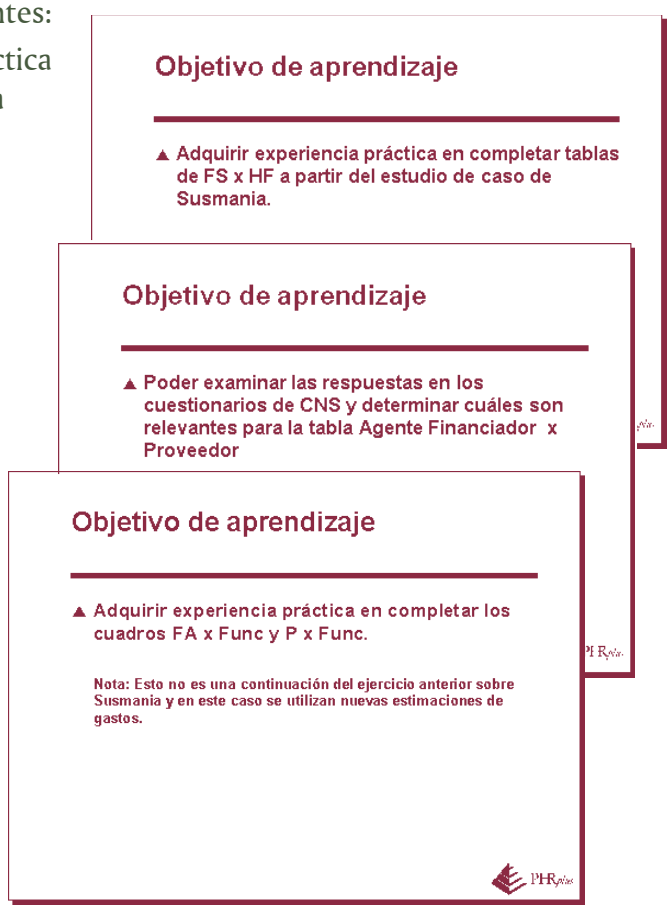
Capacitación nacional:
Estudio de caso I: 90 minutes
Estudio de caso II: 90 minutes
Estudio de caso III: 3 hours

Objetivos de aprendizaje

Al final de esta Unidad, los participantes:

- Habrán adquirido experiencia práctica en completar cuadros de FS x HF a partir de los estudios de caso de Susmania
- Serán capaces de responder las preguntas de los cuestionarios de CNS y determinar cuáles son relevantes para el cuadro Agente Financiador x Proveedor
- Habrán adquirido experiencia en la elaboración de los cuadros HF x Func y HP x Func.

Nota: esta no es una continuación del ejercicio anterior sobre Susmania y se han utilizado otras estimaciones de gastos



Contenido

- El cuadro FS x HF
- Cómo interpretar los datos en el cuadro HF x HP
- Cómo interpretar los datos en los cuadros HF x Func y HP x Func

Nota para los instructores

Antes de iniciar el estudio de caso el instructor debe familiarizarse a profundidad con el estudio de caso y con la forma de abordar los ejercicios. Posteriormente, al introducir el estudio de caso a los participantes, el instructor debe explicar que estos ejercicios son complejos y demandarán la máxima atención por parte de los alumnos.

Ejercicios

- Estudio de caso y tres ejercicios
  - El estudio de caso incluye ejercicios de apoyo que tratan sobre los diferentes aspectos que implica la interpretación de los datos de las encuestas y sobre cómo utilizar las estimaciones para rellenar los cuadros de CNS. El trabajo con estos ejercicios es muy demandante pero muy valioso para los participantes en la medida que tendrán que lidiar en clase con temas derivados de la experiencia real de las CNS. Los participantes muchas veces comentan que las sesiones que dedicaron al estudio de casos fueron la instancia en que "todos los conceptos [aprendidos previamente] se entendieron", por lo que desarrollaron un sentido de lo que les esperaría al momento de elaborar CNS en sus propios países.
- Duración:
  - Dependiendo de la capacidad de los participantes para manipular cifras, la realización de los estudios de caso tomará entre un día y un día y medio. No se deberán efectuar pausas en medio de un ejercicio porque eso interrumpe el flujo de comprensión y aprendizaje.
- Insumos:
  - Los participantes necesitarán calculadoras o algún tipo de software de hoja de cálculo, como Excel, y tendrán que referirse a su libro de ejercicios para consultar las preguntas y obtener los cuadros en blanco.
- Técnica:
  - A medida que se completan los cuadros de CNS, el instructor puede utilizar el retroproyector
  - En un taller con 10 a 12 participantes, el instructor puede realizar el estudio de caso en una sesión plenaria. Para las capacitaciones de más de 12 participantes, se recomienda dividir la clase en 2 de manera que un segundo instructor o ayudante trabaje con el segundo grupo. Si el grupo está conformado por más de 25 personas y se piensa dividir la clase en grupos, los grupos no debieran exceder de 12 a 15 miembros, con un instructor por grupo.

La unidad comienza con una descripción del contexto socioeconómico de Susmania, un país ficticio en el cual se basan todos los ejercicios. Los participantes cuentan con una descripción de Susmania en su libro de ejercicios.

Nota para los instructores

Consiga un retroproyector y un cañón de proyección para trabajar en los estudios de caso. Asegúrese de que los participantes cuenten con calculadora o algún tipo de software de hoja de cálculo. Haga muchas copias de las notas: los participantes las necesitarán como referencia y para rellenar los cuadros.

I. Visión general del país

Contexto nacional para los estudios de caso: Susmania

Susmania es un país pequeño, de ingresos bajos a medio. Tuvo un gobierno autocrático centralista en el pasado; recientemente, ha llevado a cabo algunas medidas de descentralización y reformas. El país tiene ahora un nuevo gobierno, formado por un primer ministro y varios ministerios. (GP: pág. 121, 9.54; 123, 9.74-9.80).

La moneda local es el "cruton" (Cr)

Visión general de Susmania

- País pequeño, de ingresos bajos a medios
- Gobierno autocrático centralista en el pasado; recientemente, ha llevado a cabo cierto nivel de descentralización y algunas reformas
- Tiene un nuevo gobierno, primer ministro y varios ministerios
- La moneda local es el "Cruton" (Cr)

Estructura del gobierno en cuanto a salud

El Gobierno Central comprende el Ministerio de Finanzas (MDF), el Ministerio de Salud (MDS), el Ministerio de Educación (MDE), el Ministerio de Defensa (MDD), y la Agencia Nacional de Previsión (ANP). Sólo existe una empresa paraestatal, llamada AZap, que es compañía eléctrica del país. El gobierno se ha descentralizado a gobiernos locales en 4 regiones. Cada gobierno regional tiene su propia autoridad tributaria; el ingreso regional por impuestos es complementado por aportaciones del gobierno central.

Estructura del gobierno en cuanto a salud

- Gobierno Central: MDF, MDS, MDE, MDD, Agencia Nacional de Prevision (ANP)
- Empreza paraestatal: Azap, compania electrica del pais
- Gob. Local: Establecido en 4 regiones; tiene su propia autoridad tributaria; el ingreso regional por impuestos es complementado por aportes del gobierno central.

Proveedores en el sector salud

La mayoría de los hospitales y policlínicos son propiedad del gobierno. Las clínicas y hospitales de atención primara son generalmente de propiedad regional, mientras que las clínicas y hospitales de atención secundaria y terciaria son administrados por el MDS. El MDD posee y opera sus propios hospitales para personal militar y sus familiares.

Algunos nuevos hospitales y clínicas privados han surgido como

Estructura del sistema de salud

- La mayoría de los hospitales y policlínicos son propiedad del govierno.
  - Las clínicas y hospitales de atención primaria son de propiedad regional
  - Las clínicas y hospitales de atención secundaria y terciaria son del MDS y operados por éste.
- EL MDD posee y opera sus propios hospitales para personal militar y sus familiares.
- Algunos nuevos hospitales y clínicas privados han surgido como resultado de las reformas.
- En las regiones interiores hay una gran demanda de curanderos tradicionales.
- Algunos (pocos) empleadores tienen clínicas internas para sus trabajadores.
- La mayoría de los medicamentos de pacientes externos son adquiridos en farmacias de la comunidad.

resultado de las reformas. En las regiones interiores hay una gran demanda de curanderos tradicionales

Algunos (pocos) empleadores tienen clínicas propias para sus trabajadores. La mayoría de los medicamentos de pacientes externos son adquiridos en farmacias de la comunidad

Estructura del sistema de salud (sigue)

- Seguro de Salud: La población completa está cubierta por la ANP
  - La ANP está financiada por
    - Impuestos sobre la renta
    - Pagos del MDS (transferencias presupuestarias)
    - Co-pagos
  - La ANP sólo cubre servicios prestados en instituciones estatales.
- Los empleadores ofrecen seguro adicional para cubrir co-pagos y atención administrada en establecimientos no estatales.
- Los individuos pueden comprar su propio seguro adicional.
- Asistencia Externa:
  - Los establecimientos de las ONG´s locales financiados con fondos de donantes.
  - Tiene donantes internacionales, tales como MSF, Red Crescent, Project Hope.

Programas de seguro de salud en Susmania

En teoría todos los ciudadanos tienen cobertura para las prestaciones de salud recibidas en los establecimientos gubernamentales de salud a través de la Agencia Nacional de Previsión (ANP). La ANP es financiada a través de 1) impuestos sobre la renta; 2) pagos del MDS, y 3) copagos. Los empleadores ofrecen seguro adicional para cubrir copagos y las prestaciones recibidas en establecimientos no gubernamentales. Los individuos pueden contratar sus propios seguros adicionales.

Otros actores en el sistema de salud

Puesto que Susmania es un país de ingresos bajos a medios, recibe asistencia financiera externa para muchos de sus sectores, incluidos los de atención de salud. Los donantes extranjeros financian a Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que ayudan en la prestación de los servicios de salud: Médicos sin Fronteras, Cruz Roja y Media Luna Roja, Project Hope, entre otros.

Motivación Política para las CNS

Motivación política para las CNS

1. Comprender cual es la carga financiera de los hogares para atender su salud
2. Entender hasta que punto las CNS realmente muestran los gastos en salud de la población
3. Proporcionar informes a las agencias de cooperación y bancos internacionales de financiamiento para evaluar la eficiencia de los prestamos
4. Responder a los requerimientos de estadísticas de salud de la OMS y otras agencias nacionales e internacionales

- Comprender la carga de financiamiento de la atención de salud de los hogares
- Entender hasta qué punto las CNS realmente cubren los gastos en salud de la población
- Proporcionar informes a los financiandores internacionales para evaluar la eficiencia de los préstamos
- Responder a los requerimientos de estadísticas de salud de la Organización Mundial de la Salud y otras agencias internacionales

7a. Caso de Estudio I de Susmania – Cómo Rellenar el Cuadro FS x HF

Antes de comenzar el ejercicio, el instructor debe explicarle a los asistentes que su participación en el debate, como muestra de que entienden los conceptos de las CNS y los aplican correctamente, es más importante que obtener las respuestas correctas.

Nota para los instructores

El instructor debe mostrar consideración incluso hacia las preguntas incorrectas. Un instructor que apoya a sus alumnos los hará sentirse más cómodos y confiados para participar.

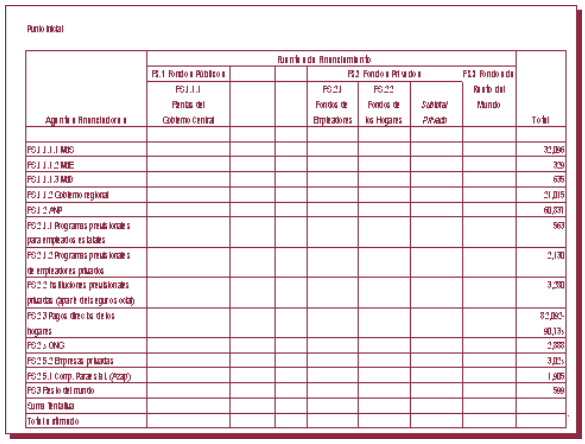
Para este ejercicio, los participantes deben referirse al cuadro en blanco incluido en las notas que les entregó el instructor. También pueden utilizar las copias incluidas en el Manual de los Participantes. El instructor/ayudante tendrá que guiarlos a través de cada pregunta y respuesta. En primer lugar, el instructor debe pedirles a los participantes que lean y reflexionen acerca de cada pregunta (conceda 2 minutos por pregunta individual) y luego preguntarles si tienen dudas acerca de lo que tienen que hacer. Luego los participantes deben escribir sus respuestas en las Notas (conceda dos minutos por pregunta). Luego se sugiere que el instructor designe a un voluntario del grupo para que lea en voz alta su respuesta.

Es muy probable que algunos participantes capten los conceptos muy rápidamente y dominen los tiempos estipulados para las respuestas. El instructor debe asegurarse de que todos los participantes tendrán la oportunidad de formular sus preguntas y presentar sus respuestas. Una vez que todos los participantes que desean responder lo han hecho, el instructor debe revisar la respuesta (y los cálculos anexos, si fuere necesario).

Nota para los instructores

Resulta útil escribir la respuesta en un rotafolioo o en un acetato. También se recomienda preparar transparencias que contengan cuadros en blanco para aquellos ejercicios que requieren que los participantes rellenen un cuadro de CNS.

Las siguientes páginas contienen las preguntas y respuestas para el primer estudio de caso. El instructor debe utilizar las respuestas que se entregan a continuación puesto que en las notas de la presentación PowerPoint se entregan explicaciones muy sucintas.



Punto Inicial

Agente Financiador	Fuente de Financiamiento							Total
	FS.1 Fondos Públicos			FS.2 Fondos Privados			FS.3 Fondos del Resto del Mundo	
	FS.1.1.1 Fondos del Gobierno Central			FS.2.1 Fondos de Empleadores	FS.2.2 Fondos de los Hogares	Subtotal Privado		
FS.1.1.1.1 MDS								32,096
FS.1.1.1.2 MDE								329
FS.1.1.1.3 MDD								635
FS.1.1.2 Gobierno regional								21,015
FS.1.2 ANP								60,837
FS.2.1.1 Programas prestadoras para empleados estatales								563
FS.2.1.2 Programas prestadoras de empleadores privados								2,130
FS.2.2 Instituciones prestadoras privadas (aparte de los seguros sociales)								3,280
FS.2.3 Pagos directos de los hogares								82,092-90,734
FS.2.4 ONG								2,888
FS.2.5.1 Empresas privadas								3,024
FS.2.5.1 Comp. Parastatales (AZap)								1,905
FS.3 Resto del mundo								599
Suma Verificada								
Total Estimado								

Como miembro del equipo de CNS de Susmania, usted acaba de completar los cuatro pasos iniciales para completar los cuadros. Usted 1) comenzó a trabajar en el medio del cuadro de HF, 2) identificó a los agentes financiadores, 3) determinó los diferentes tipos de gastos, y 4) estimó los montos para cada HF.

Usted obtuvo los montos de gasto totales para cada HF (Cuadro 7.1) y ya ha colocado estos números en las celdas correspondientes de totales de su cuadro (GP: 159, 11.19-11.33, Cuadros 11.5-11.9). initial steps for filling in the tables, i.e., you have 1) started in the middle (HF table), 2) identified financing agents 3) determined the various types of expenditures, and 4) estimated the amounts for each HF.

Cuadro 7.1: Gastos de los agentes financiero de Susmania – Lista Preliminar

NHA Code	Entity	Expenditure Amount
HF.1.1.1.1	MDS	32,096
HF.1.1.1.2	MDE	329
HF.1.1.1.3	MDD	635
HF.1.1.2	Gobierno regional	21,015
HF.1.2	NIA	60,837
HF.2.1.1	Seguro de grupo gubernamental	563
HF.2.1.2	Seguro de grupo privado	2,130
HF.2.2	Seguro Individual	3,280
HF.2.3	Hogares	82,092 - 90,734
HF.2.4	ONG	2,888
HF.2.5.1	Compañías privadas no parastatales	3,024
HF.2.5.2	Compañías parastatalees (AZap)	1,905
HF.3	Resto del mundo	599

7

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 8 de la presentación 7a, y discuta el cuadro.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 9 de la presentación 7a y explique cómo rellenar el cuadro.

Nota para los instructores

La clave está en observar la fila de los totales y la cantidad de fuentes por el agente financiador en cuestión porque eso le indica cuántas celdas se llenarán para la fila del HF. Por ejemplo, si un HF tiene dos fuentes de financiamiento, su fila tendrá estimaciones de cifras en sólo dos celdas (es decir, las que han sido designadas dentro de las columnas referidas a las dos fuentes).

Pregunta 1

Usted comienza a rellenar el cuadro FS x HF desagregando los fondos que reciben los HF de su fuente original: fondos públicos, fondos privados, fondos del resto del mundo. Usted comienza por analizar los HF gubernamentales. Tras una detallada investigación, descubre que:

- EL MDE y el MDD obtienen sus fondos sólo del MDF
- El MDS obtiene sus fondos sólo de dos fuentes: MDF y donantes. Los donantes proporcionaron 1.538 Cr al MDS. ¿Qué celdas puede completar para el MDE, MDD y MDS basándose en la información anterior?

Cuadro FS x HF para Susmania Ejercicio

- Comience a desagregar los gastos de HF por Fuentes: Fondos públicos, fondos privados, fondos del resto del mundo.
  1) Comience con los HF gubernamentales:
     - EL MDE y el MDD obtienen sus fondos sólo del MDF.
     - El MDS obtiene sus fondos sólo de dos fuentes: MDF y donantes. Los donates entregaron 1,538 Cr al MDS.
     - ¿Qué celdas puede completar para el MDE, MDD, y MDS basándose en la información demás arriba?
  2) El MDS es normalmente un HF pero también puede ser una fuente; por ejemplo, le otorga subvenciones a gobiernos regionales (986 Cr) y a la ANP (1,106 Cr).
     - ¿Dónde asigna usted los fondos de subvención?
     - ¿Cómo reduce la figura de HF para el total del MDS?
     - Complete las POSIBLES celdas restantes para el MDS como HF.

Respuesta

- Para las celdas del MDE y el MDD:

  Puesto que usted sabe que el MDE y el MDD obtiene sus fondos de UNA sola fuente, puede repetir la fila de totales en las celdas Gobierno Central x MDE y Gobierno Central x MDD.

  - Coloque 329 para MDE en la celda Gobierno Central x MDE.
  - Coloque 635 para MDD en la celda Gobierno Central x MDD.

	Fuentes de Financiamiento							
	FS.1 Fondos Públicos			FS.2 Fondos Privados			FS.3 Fondos de Resto del Mundo	
Agentes Financiadores	FS.1.1.1 Rentas del Gobierno Central			FS.2.1 Fondos de Empleadores	FS.2.2 Fondos de los Hogares	Subtotal Privado		Total
	FS.1.1.1 Mdf	FS.1.1.2 Mdf $						
FS.1.1.1.1 MdS	20,698						15,538	30,000
FS.1.1.1.2 MdE	329							329
FS.1.1.1.3 MdD	635							635
FS.1.1.2 Gobierno regional		689						21,015
FS.1.2 ANP		1,106						60,231
FS.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales								593
FS.2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados								2,130
FS.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte de los seguros sociales)								3,220
FS.2.3 Pagos directos de los hogares								82,062- 60,134
FS.2.4 ONG								2,888
FS.2.5.2 Empresas privadas								3,024
FS.2.5.1 Comp. Paraestat. (Pcap)								1,005
FS.3 Resto del mundo								986
Sumas Tentativas								
Total Revisado								

Nota para los instructores

Enfatice que no todos los encabezados de columnas y filas son definitivos. A medida que los participantes analicen cada tipo de transferencia de fondo, comprobarán que ciertas entidades pueden tener un papel doble o un papel completamente distinto inicialmente se pensó (por ejemplo, algunas pueden ser a la vez un FS y un HF y no simplemente lo uno o lo otro). En estos casos hay que ser flexibles; puede que haya que cambiar, suprimir o agregar nuevas columnas o filas al cuadro.

- Para las celdas del MDS:

  Puesto que usted sabe que los donantes entregaron 1538 Cr al MDS, puede colocar este monto en la celda Resto del Mundo x MDS.

  Puesto que usted también sabe que el MDS obtiene sus fondos de SOLO DOS FUENTES, por lógica se deduce que los fondos restantes [total MDS (32096)] – monto entregado por los donantes (1538) = 30558] recibidos por el MDS deben ser colocados en la **celda Gobierno Central x MDS (30558)**

Pregunta 2a

El MDS es normalmente un agente financiador, pero en algunas ocasiones puede ser una fuente de financiamiento; En Susmania, el quipo se entera que el MDS le otorga subvenciones a los gobiernos regionales (986 Cr) y a la ANP (1,106 Cr).

-¿Dónde asigna usted los fondos de subvención?

Respuesta

Puesto que el MDS es en este caso una FUENTE de fondos, usted tiene que crear una segunda columna dentro de Ingresos del Gobierno Central. Esta segunda columna será "S.1.1.2 MDS" y la primera columna será S.1.1.2 MDF. (Asegúrese que los números de la primera pregunta sean colocados en esta columna).

Ahora usted puede colocar el monto de 986 Cr en la cela MDS x Gobierno Regional y

Puede colocar el monto **1.106** para subvenciones en **la celda MDS x ANP.**

Pregunta 2b

Basándose en esa información, ¿cómo reduce la cifra TOTAL de HF para el MDS?

Respuesta

Recuerde que en la lista original de gastos totales para cada grupo de interés, el MDS informó que gastó 32.096 Cr. Esto monto fue inmediatamente colocado en la celda de los totales correspondiente al MDS como agente financiador. Sin embargo, cuando el MDS comenzó a actuar también como "fuente de financiamiento", la fila de totales correspondiente al MDS como HF tuvo que reducirse. Usted tendrá que restar los gastos del MDS como fuente (986 + 1.106 = 2.092) del monto equivalente a 32.096. Por lo tanto, el **nuevo total para el MDS como agente financiador es** 32.096 – 2.092 = 30.004.

Pregunta 2c

Complete las POSIBLES celdas restantes para el MDS como agente financiador.

Respuesta

Con el nuevo total para el MDS como agente financiador, el monto previamente estimado para MDF x MDS tendrá que ser ajustado (estimado restando el total de la fila correspondiente al MDS – el monto correspondiente al resto del mundo). Ahora utilice el nuevo total de la fila correspondiente al MDS y reste el monto de la FILA. Por lo tanto, 32.096 – 1.538 = 30.004

7

Nota para los instructores

Díga a los participantes que cuando las instituciones informan acerca de sus gastos al equipo de CNS, lo hacen *sin considerar* si actuaron como fuente de financiamiento, agente financiador, etc. Para cada transacción las instituciones simplemente registran un monto total gastado como institución, y le corresponde al equipo de CNS dilucidar para cada transacción en calidad de qué la institución realizó ese gasto, si como fuente de financiamiento, agente financiador, etc. Si una institución actuó como más de una de las dimensiones de la atención de salud (por ejemplo, agente financiador y fuente de financiamiento) el equipo de CNS debe estimar el monto total de gasto para cada dimensión. (Necesitará una estimación del gasto total para la institución cuando actuó como fuente, y otra estimación total para la institución cuando actuó como agente financiador).

Pregunta 3a

Su equipo descubre que el MDS reembolsa 11.772 Cr a los gobiernos regionales por sus servicios hospitalarios para desempleados (en nombre del MDS). Observe que los gobiernos regionales obtienen sus fondos a partir de impuestos regionales y del MDS.

¿Cuál es el agente financiador en este caso? ¿El MDS o el gobierno regional?

Ejercicio

3. Su equipo descubre que el MDS reembolsa 11,772 Cr a gobiernos regionales. Por sus servicios hospitalizarios para cesantes (en nombre del MDS). Los gobiernos regionales obtienen sus fondos a partir de impuestos regionales y del MDS
   a) ¿Cuál es el agente financiador en este caso? ¿El MDS o el gobierno regional?
   b) Este monto (11,772 Cr) ha sido contabilizado dos veces: una vez con el MDS y otra vez por los gobiernos regionales. ¿Cómo se elimina la doble cuenta de los gobiernos regionales?
   c) Con el monto remanente para los gobiernos regionales (es decir, no asignados a subvenciones o reembolsos), ¿dónde coloca esta cifra?

Respuesta

El agente financiador es el MDS porque controla dónde se gasta el dinero y porque le solicita al hospital del gobierno regional que actúe como su conducto.

Pregunta 3b

Este monto (11,772 Cr) ha sido contabilizado doble: una vez po el MDS y otra vez por los gobiernos regionales. ¿Cómo se elimina la doble contabilización de los gobiernos regionales?

Respuesta

Reste los 1172 del total original de la fila correspondiente al gobierno regional, equivalente a 21015. Por lo tanto, el nuevo total para la celda del gobierno regional **será 21015 – 11772 =** 9423**.**

Pregunta 3c

¿Dónde coloca el monto remanente para los gobiernos regionales (es decir, no asignado a subvenciones o reembolsos)?

Respuesta

Refiérase a la información proporcionada en la pregunta, es decir que los gobiernos regionales sólo reciben sus fondos de dos fuentes: los impuestos locales y el MDS. Puesto que los participantes ya han revisado el MDS, saben que el remanente de los impuestos locales será equivalente a 9243 – 986 = 8257. Estos impuestos locales estarán reflejados en el gasto del gobierno regional como fuente de financiamiento, por lo tanto habrá que crear una nueva columna y colocar el monto en una celda "gobierno regional x gobierno regional".

P3

Agente Financiador	Fuente de Financiamiento							Total
	F.S.1 Fondos Públicos			F.S.2 Fondos Privados			F.S.3 Fondos de Resto del Mundo	
	F.S.1.1 Fondos Gobierno Central		F.S.1.2 Fondos Gobierno Regional	F.S.2.1 Fondos Empleadores	F.S.2.2 Fondos de los Hogares	F.S.2.3 Otros Fondos		
	F.S.1.1.1 MDF	F.S.1.1.2 MDS						
F.S.1.1.1 MDS	38,446						1,538	39,984
F.S.1.1.2 MDE	329							329
F.S.1.1.3 MDD	635							635
F.S.1.2 Gobierno Regional		986	8,257					9,243
F.S.1.3 INP		1,106						6,063
F.S.2.1.1 Programas Sociales Locales Públicos Específicos								562
F.S.2.1.2 Programas Sociales Locales Específicos Privados								2,130
F.S.2.2 Ingresos Sociales Privados Aporte de Empleados								3,280
F.S.2.3 Pago directo de los hogares								82,992
F.S.3.1 ONG								2,888
F.S.3.2 Donaciones privadas								382
F.S.3.3 Comp. Fondos Int. Sup.								1,905
F.S.3 Pre-Inversión								599
Gasto Tributario								
Total Financiado								

Nota para los instructores

Pregunte a los participantes si entienden por qué este monto fue contabilizado dos veces. Un miembro de la clase debe explicarle este punto al resto de la clase. La respuesta tiene que ver con el hecho que las instituciones y otros grupos de interés informan acerca de sus gastos sin considerar si han sido necesariamente reembolsados. Por lo tanto, dos instituciones pueden reportar un gasto determinado aun cuando una de las dos haya reembolsado a la otra.

Nota para los instructores

Cree una segunda columna si está utilizando transparencias.

Pregunta 4a

Referido a la ANP (Agencia Nacional de Previsión)

¿Dónde pondría usted el "ingreso por intereses" (566 Cr), que es utilizado para ayudar a pagar los beneficios y gastos administrativos de la ANP?

Ejercicio

4. **ANP**

¿Dónde pondría usted el "ingreso por intereses" (566 Cr), que es utilizado para ayudar a pagar los beneficios y gastos administrativos de la ANP?.

La ANP no tiene registros respecto de qué porcentaje es recibido por los empleadores y empleados. Sin embargo, usted sabe que la norma del país es una relación 3:1 entre empleadores y empleados.

Asigne el monto remanente entre empleadores y empleados (excluyendo el ingreso por intereses y la subvención del MDS). Recuerde que esto es una ESTIMACIÓN.

Respuesta

Cree "otra" categoría dentro de las columnas de fuentes privadas. Se incluye en ingreso por intereses porque es utilizado para los beneficios de salud de los beneficiarios (en otras palabras, es un gasto en salud). Coloque el monto **566** en la **celda otros x**

Nota para los instructores

El instructor puede hacer notar que se tendrá que utilizar una "técnica de estimación". Se debe pedir a la clase que sugiera diferentes técnicas.

Pregunta 4b

En un incendio ocurrido hace un par de años, la ANP perdió todos sus registros sobre contribuciones de los empleadores y empleados. Por lo tanto, no hay información precisa acerca de qué porcentaje corresponde a cada parte. Sin embargo, le informan que la norma del país es una relación 3:1 entre empleadores y empleados.

Asigne el monto remanente entre empleadores y empleados (excluyendo el ingreso por intereses y la subvención del MDS). Esto es una ESTIMACIÓN.

Respuesta

Los expertos en CNS sugieren utilizar la relación 3:1 para dividir el monto restante [60837 – (1106 + 566) = 59.165] entre empleadores y empleados.

Por lo tanto, los empleados (o los hogares) contribuyen a grandes líneas con 59.165/4 = **14.791**. Esto monto debe colocarse en la **celda Hogares x ANP.**

Los fondos de los empleadores serán equivalentes a: 14.791 x 3 = **44374** y este monto debe colocarse en la **celda Empleador x ANP.**ced in the **Employer x NIA cell.**

Q 4

Agentes financiadores x	Agentes de Financiamiento							Total
	FS.1 Fondos Públicos				FS.2 Fondos Privados			
	FS.1.1.1 Fondos del Gobierno Central		FS.1.1.2 Fondos del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS.2.1 Fondos de Empleadores	FS.2.2 Fondos de los Hogares	FS.3 Fondos de Resto del Mundo	
	FS.1.1.1.1 FCM F	FS.1.1.1.2 FCM S						
FS.1.1.1.1 MIG	28,499						1,538	30,037
FS.1.1.1.2 MIE	339							339
FS.1.1.1.3 MID	635							635
FS.1.1.2 Gobierno regional			8,257					8,257
FS.1.2 ANP		1,106		566	44,374	14,791		60,837
FS.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales								566
FS.2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados								2,100
FS.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte de seguros social)								3,300
FS.2.3 Pagos directos de los hogares								82,063
FS.2.4 ONG								60,734
FS.2.5.2 Empresas privadas								2,888
FS.2.5.1 Corp. financiera (Pcap)								3,012
FS.3 Resto del mundo								1,905
Suma Tentativa								566
Total estimado								

Pregunta 5

El Programa de Seguros Estatales (PSE) es un programa SOLO para empleados estatales. Recibe fondos del Estado y de los empleados.

El PSE es incapaz de distinguir entre contribuciones del empleador (nota: el empleador puede ser el empleador privado) y contribuciones del empleado. Las reglas relativas al financiamiento establecen que 25% de los fondos deben ser aportados por los empleados y el remanente por el empleador. ¿Cómo distribuiría su total de 563Cr?

Nota para los instructores

Explique el uso de una medida provisional para que los participantes entiendan cuál es su función.

Ejercicio

5. Programas de seguros para empleados (PPE) (un programa SOLO para empleados estatales), recibe fondos del Estado y de los empleados.
   - El PPE es incapaz de distinguir entre contribuciones del empleador y contribuciones del empleado. ¿Cómo distribuiría su total de 563Cr?
   - Las reglas relativas al financiamiento establecen que 25% de los fondos deben ser aportados por los empleados y el remanente por el empleador.

Respuesta

Use la misma técnica de estimación que en el caso anterior.

La contribución del empleado es 563 x 0,25 = **141** en la **celda hogares x SIG x 0,75 = 422** en la **celda Empleador privado x SIG**. Nota: puesto que el gobierno es sólo abastecedor para sus empleados, aparece aquí como "empleador privado".

Pregunta 6

Programa previsional privado (PPP)

EL PPP es también incapaz de distinguir entre contribuciones del empleador y del empleado. ¿Cómo asignaría usted TEMPORALMENTE su total de 2.130 Cr?

Ejercicio

6. Programas de seguros de empleadores privados (PPP)
   - El PPP es también incapaz de distinguir entre contribuciones del empleador y del empleado. ¿Cómo asignaría usted temporalmente su total de 2.130 Cr?.
7. ¿Qué fuente financia el seguro privado individual (3.280 Cr) y dónde colocaría este monto?.

Respuesta

El enfoque provisional consiste en destacar las celdas correspondientes y determinar las cifras específicas posteriormente, una vez que se haya reunido una mayor cantidad de información.

Pregunta 7

¿Qué fuente financía el seguro individual privado (SIP) (3280 Cr) y dónde colocaría este monto?

Nota para los instructores

Explique el uso de una medida provisional para que los participantes entiendan cuál es su función.

Respuesta

Los hogares son la fuente de financiamiento del SIP. Coloque 3280 en la celda hogares x seguro individual.

	Fuente de Financiamiento							
	F5.1 Fondos Públicos				F5.2 Fondos Privados		Resto del Mundo	
Aportes financiadores	F5.1.1 Fondos del Gobierno Central		F5.1.2 Fondos del Gobierno Regional	F5.1.3 Otros Fondos Públicos	F5.2.1 Fondos del Empleador	F5.2.2 Fondos de los Hogares		Total
	F5.1.1.1 MIDEF	F5.1.1.2 MIDS						
F5.1.1.1 MIDEF	28,468						1,538	30,006
F5.1.1.2 MIDE	339							339
F5.1.1.3 MIDD	635							635
F5.1.1.2 Gobierno regional		988	8,251					9,239
F5.1.2 AFP		1,106		566	55,215	1,391		60,531
F5.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales					422	141		563
F5.2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados					X	2,130-X		2,130
F5.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte del seguros estat)						3,280		3,280
F5.2.3 Pagos directos de los hogares								82,062-90,135
F5.2.4 ONG								2,888
F5.2.5.2 Empresas privadas								3,024
F5.2.5.1 Comp. Pensiones Int. (Pcap)								1,405
F5.3 Resto del mundo								566
Suma Terminal								
Total estimado								

Pregunta 8

Su equipo ahora descubre que la cifra de la encuesta de hogares para gastos de seguro varía significativamente de las estimaciones entregadas por las compañías de seguro recién ingresadas en las preguntas anteriores).

La encuesta de hogares indica:
14.000 Cr a la ANP
2.200 Cr a los programas previsionales de empleadores privados
3.450 Cr al seguro individual privado

¿Qué debería hacer con estas estimaciones que no concuerdan entre sí?

Respuesta

Simplemente coloque las estimaciones de las encuestas a los hogares en las mismas celdas que para las estimaciones de los seguros anteriores. Usted tendrá que realizar algún tipo de investigación paralela para determinar cuál estimación es más exacta. Trataremos este punto más adelante.

Coloque (**14000**) en la celda **Hogares ANP** junto a la estimación anterior.

Coloque (**2200**) en la **celda Hogares x SCP** junto a la estimación anterior.

Coloque (**3450**) en la **celda Hogares x SIP** junto a la estimación anterior.

Ejercicio

8. Su equipo ahora descubre que la cifra de la encuesta de hogares para gasto de seguro varia significativamente de las estimaciones entregadas por las compañías de seguros (recien registradas en las preguntas anteriores).
   - La encuesta de hogares indica:
   - 14,000 Cr a ANP.
   - 2,200 Cr a programas previsionales de empleadores privados.
   - 3,450 Cr a seguro individual privado.
   - ¿Qué deberia hacer con estas estimaciones conflictivas?

Agentes Financiadores	Fuentes de Financiamiento							
	FG.1 Fondos Públicos				FG.2 Fondos Privados			
	FG.1.1.1 Pensiones del Gobierno Central		FG.1.1.2 Pensiones del Gobierno Regional	FG.1.2 Otros Fondos Públicos	FG.2.1 Fondos del Empleador	FG.2.2 Fondos de los Hogares	Resto del Mundo	Total
	FG.1.1.1 ANP	FG.1.1.2 ANS						
FG.1.1.1 MIO	28,466						1,538	30,004
FG.1.1.2 MIE	329							329
FG.1.1.3 MID	635							635
FG.1.1.2 Gobierno regional		666	8,257					8,243
FG.1.2 ANP		1,106		566	44,374	14,391 (14,000)p		60,837
FG.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales					422	141		563
FG.2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados					x	2,100-x (2,200)p		2,100
FG.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte del seguro social)						3,350 (3,450)p		3,350
FG.2.3 Pagos directos de los hogares								82,863-90,734
FG.2.4 ONG								2,888
FG.2.5.2 Empresas privadas								30,124
FG.2.5.1 Corp. Paraestat. (Pozap)								1,605
FG.3 Resto del mundo								599
Suma Verticales								
Total Informado								

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 22, refiérase al cuadro y explique las últimas sumas.

Pregunta 9a

Las ONG:

Reciben 1.653 Cr de los donantes

Respuesta

Ingrese estas estimaciones en el cuadro:

Esta es una entrada simple de datos: coloque **1653** en la celda **Resto del mundo x ONG**.

Ejercicio

9. ONG
   - Reciben 1,653 Cr de los donantes.
   - Reciben 1,235 Cr de filantropía local.
   - Ingrese estas estimaciones en la tabla.

Pregunta 9b

Reciben 1.235 Cr por concepto de filantropía local

Respuesta

¿Dónde debe colocarse la filantropía local? Cree una nueva columna bajo Pvt. Funds FS 2.3 Instituciones sin fin de lucro que atienden a individuos. Coloque **1235** bajo FS 2.3 HF 2.4 ONG.

Agentes financiadores	Fuentes de financiamiento								
	FS.1 Fondos Públicos				FS.2 Fondos Privados			FS3 Fondos Resto del Mundo	Total
	FS.1.1 Rentas del Gobierno Central		FS.1.1.2 Rentas del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS2.1 Fondos del Empleador	FS2.2 Fondos de los Hogares	FS2.3 Instituciones sin fines de lucro		
	FS1.1.1 MdF	FS.1.1.2 MdS							
FS.1.1.1 MdS	28,000							1,583	30,000
FS.1.1.2 MdE	339								339
FS.1.1.3 MdD	685								685
FS.1.2 Gobierno regional		689	8,251						8,2[illegible]
FS.1.2 ANP		1,069		569	1+710	1+1001 (1+1000)h			60,237
FS2.1.1 Programas previsionales para empleados estables					1+22	1+1			569
FS2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados					x	2130-x (2,200)h			2,130
FS2.2 Inituciones previsionales privadas (aparte del seguro social)						3330 (3+830)h			3,200
FS2.3 Pagos directos de los hogares									82,042-60,13[illegible]
FS2.4 ONG							1,235	1,653	2,888
FS2.5 2 Empresas privadas									3,020
FS2.5.1 Corp. Financiera (Pesap)									1,065
FS3 Resto del mundo									599
Suma Tentativa									
Total revisado									

Pregunta 10

Resolver la relación de distribución del seguro privado entre hogares y empleadores (x):

Una encuesta a los empleadores arroja una segunda estimación de primas pagadas a seguros privados y también entrega el porcentaje pagado de estas primas entre empleadores y empleados (1/3 los empleadores / 2/3 los hogares)

Ejercicio

10. Resolver la relación de distribución del seguro privado entre hogares y empleadores (x)
    - Una encuesta de empleadores muestra una segunda estimación de primas pagadas a seguros privados y también muestra la distribución de estas primas en términos de empleador-empleado. Una segunda encuesta de empresas muestra otra estimación de (1/3empleador/ 2/3 hogares)

Respuesta

Una vez más, puesto que no tenemos dos estimaciones y no sabemos cuál estimación es la más precisa (ésta o la estimación de los hogares), coloque las estimaciones de la empresa en las mismas celdas:

En la celda Empleadores x Seguro Privado, coloque 2130/2 = 710

En la celda Hogares x Seguro Privado, coloque 2130-710 = 1420.

Nota para los instructores

Coloque 599 en la celda Resto del mundo y Organización externa. Mencione que los países pueden clasificar a una empresa paraestatal de manera distinta: puede que algunos lo sitúen entre las empresas públicas mientras que puede que otros las consideren empresas privadas. Esto depende del contexto del país y de la percepción que existe con respecto a las empresas paraestatales.

Pregunta 11a

Ingreso de datos simples:

¿Dónde ingresa estos montos?

AZap informa que sus fondos (1905 Cr) provienen íntegramente de sus propias utilidades.

Respuesta

Coloque **1905** en la **celda Empleadores x Paraestatales.**

Pregunta 11b

Las empresas gastan 3024 Cr en sus propias instalaciones.

Respuesta

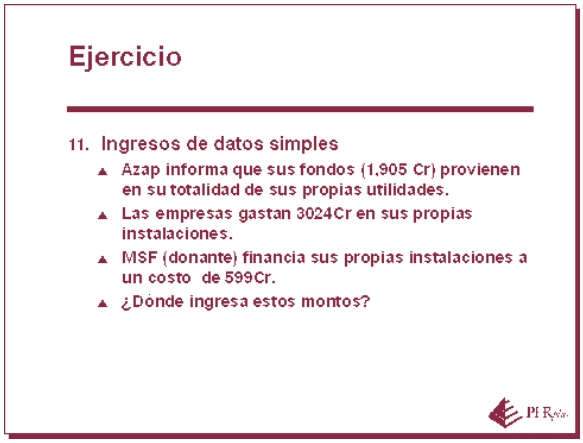
Coloque 3024 en la celda Empleadores x Empresas privadas

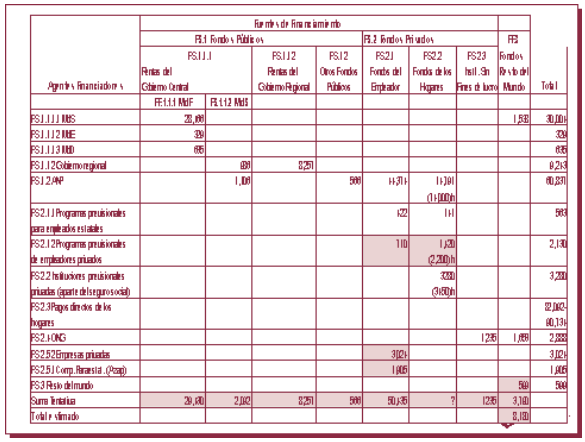
Pregunta 11c

MSF (donante) financia sus propias instalaciones a un costo de 599Cr.

Respuesta

Coloque 599 en la celda Resto del mundo x Organización externa.





Agentes Financiadores	Agentes de Financiamiento								
	FE.1 Fondos Públicos				FE.2 Fondos Privados			FE3	
	FS.1.1.1 Rentas del Gobierno Central		FS.1.1.2 Rentas del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS2.1 Fondos del Empleador	FS2.2 Fondos de los Hogares	FS2.3 Instit. Sin Fines de lucro	Fondos Resto del Mundo	Total
	FE.1.1.1 MdF	FE.1.1.2 MdS							
FS.1.1.1 MdS	28,498							1,502	30,000
FS.1.1.2 MdE	304								304
FS.1.1.3 MdD	695								695
FS.1.2 Gobierno regional		689	8,251						8,940
FS.1.2 AAP		1,108		599	14,314	14,314 (14,000) h			60,237
FS2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales					422	141			563
FS2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados					710	1,420 (2,200) h			2,130
FS2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte del seguro social)						3,000 (3,450) h			3,200
FS2.3 Pagos directos de los hogares									82,000 - 60,134
FS2.4 ONG							1,235	1,659	2,893
FS2.5.2 Empresas privadas					3,024				3,024
FS2.5.1 Corp. Paraestatal (Pcap)					1,905				1,905
FS.3 Resto del mundo								599	599
Suma Totales	29,497	2,002	8,251	599	50,935	?	1235	3,760	
Total estimado								8,160	

Pregunta 12a

Iniciando el proceso de reconciliar datos:

Haga una suma preliminar de las columnas.

Ejercicio

12. Iniciando el proceso de lograr consistencia entre los datos
    a) ¿Hacer una suma tentativa de las columnas?
    b) Despues de hacer la suma tentativa usted se entera que otra estimación para el monto total financiado por los donantes (como fuentes) es equivalente a 8180Cr. Coloque esto en la fila "total estimado".

Respuesta

- Coloque 29.430 en la celda MDF x Suma preliminar
- Coloque 2.092 en la celda MDS x Suma preliminar
- Coloque 8.257 en la celda Ingreso gobierno regional x Suma preliminar
- Coloque 566 en la celda Otros fondos públicos x Suma preliminar
- Coloque 50435 en la celda fondos del empleador x Suma preliminar
- Coloque un "?" en la celda Fondos de los hogares x Suma preliminar –recuerde que usted aún no sabe cuál de las dos estimaciones de los hogares es la correcta.
- Coloque 1.235 en la celda instituciones sin fines de lucro x Suma preliminar
- Coloque 3.790 en la celda Resto del mundo x Suma preliminar

Pregunta 12b

Después de hacer la suma preliminar usted se entera que otra estimación para el monto total financiado por los donantes (como fuentes) es equivalente 8180 Cr. Coloque esto en la fila "total estimado".

Respuesta

Coloque 8180 en la celda Resto del mundo x "total estimado"

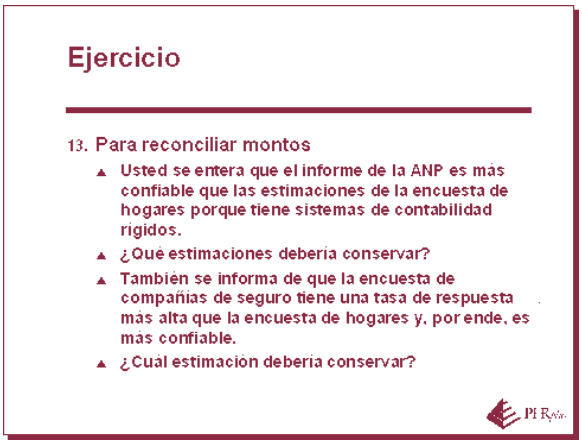
	Fuentes de financiamiento								
	FE.1 Fondos Públicos				FE.2 Fondos Privados			FE3	
Agentes financiadores	FS.1.1.1 Rentas del Gobierno Central		FS.1.1.2 Rentas del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS2.1 Fondos del Empleador	FS2.2 Fondos de los Hogares	FS2.3 Instit. Sin Fines de lucro	Fondos Resto del Mundo	Total
	FE1.1.1 MdF	FE.1.1.2 MdS							
FS.1.1.1 MdS	29,430							1,535	30,965
FS.1.1.2 MdE	339								339
FS.1.1.3 MdD	685								685
FS.1.1.2 Gobierno regional		689	8,257						8,946
FS.1.2 APP		1,409		566	50,435	? + (1+)	(1+)[illegible] (1+)[illegible]		60,837
FS2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales					522	1+1			563
FS2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados					110	1,520 (2,200)			2,130
FS2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte del seguro social)						3,330 (3,450)			3,330
FS2.3 Pagos directos de los hogares									82,042-60,137
FS2.4 ONG							1,235	1,659	2,893
FS2.5.2 Empresas privadas					3,024				3,024
FS2.5.1 Comp. Reaseguros (Pcsp)					1,405				1,405
FS3 Resto del mundo								566	566
Suma Tentativa	29,430	2,092	8,257	566	50,435	?	1,235	3,790	
Total estimado								8,180	

Nota para los instructores

Pídale a los participantes que señalen algunos factores que pueden hacer que la estimación de una encuesta sea más confiable que otra, por ejemplo, mayor tasa de respuesta, mejor tamaño de la muestra, preguntas más pertinentes que están dentro de los límites de la definición de gastos en salud, etc.

Pregunta 13a

Para reconciliar montos:



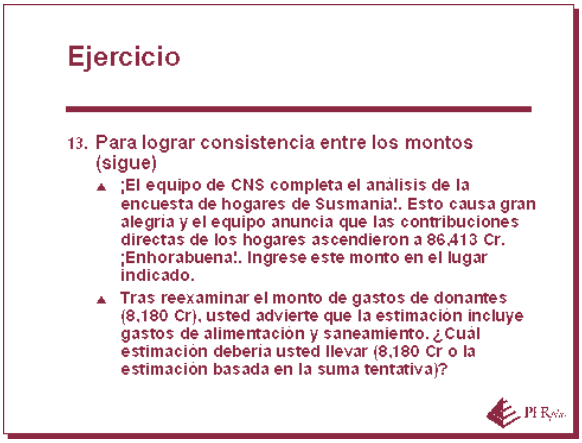
Usted se entera de que el informe de la ANP es más confiable que las estimaciones de la encuesta de hogares porque tiene sistemas contables sólidos. ¿Qué estimación debería conservar?

Respuesta

Conserve la estimación de la ANP (14791**) en la** celda Hogares x ANP**, y** 3280 **en la** celda Hogares x Seguro Privado Individual.

Pregunta 13b

También se entera de que la encuesta de las compañías de seguros tiene una tasa más alta de respuesta que la encuesta de hogares y, por ende, es más confiable. ¿Cuál estimación debería conservar?



Respuesta

Conserve la estimación de la encuesta de las compañías de seguro de **710** en la **celda Empleador x PPP** y el monto de **1420** en la **celda Hogares x PPP.**

Pregunta 13c

¡El equipo de CNS completa el análisis de la encuesta de hogares de Susmania! Esto causa gran alegría y el equipo proclama que las contribuciones directas de los hogares ascendieron a 86.413 Cr. ¡Enhorabuena! Ingrese este monto en el lugar indicado.

Respuesta

Esta es una entrada de datos simple. Ingrese **86413** en la **celda Hogares x Hogares.**

Nota para los instructores

After the completion of this case study, the participants should take a well-deserved break!

Pregunta 13d

Tras evaluar nuevamente el monto de gastos de donantes (8180 Cr), usted se da cuenta que la estimación incluye gastos de alimentación y saneamiento. ¿Cuál estimación debería guardar (8180 Cr o la estimación basada en la suma tentativa)?

Respuesta

Recuerde que los gastos por alimentación y saneamiento son gastos "relacionados con la salud" y no caen estrictamente dentro de la definición de gastos directos en salud. Por lo tanto, debe conservar la estimación de 3790 (suma tentativa)

Pregunta 14

Pasos siguientes ¿SON EQUIVALENTES LOS TOTALES DE LAS SUMAS DE LAS COLUMNAS Y LAS FILAS ?

Respuesta

Recuerde de sumar la columna correspondiente a los fondos de los hogares para reemplazar el signo "?" con la cifra 106045 **en la** celda Total suma preliminar.

Nota para los instructores

Una vez completado este estudio de caso, los participantes pueden tomarse un muy merecido descanso.

Ejercicio

14. Para lograr consistencia entre los montos (sigue)
    - ¡El equipo de CNS completa el análisis de la encuesta de hogares de Susmania!. Esto causa gran alegria y el equipo anuncia que las contribuciones directas de los hogares ascendieron a 86,413 Cr. ¡Enhorabuena!. Ingrese este monto en el lugar indicado.
    - Tras reexaminar el monto de gastos de donantes (8,180 Cr), usted advierte que la estimación incluye gastos de alimentación y saneamiento. ¿Cual estimación deberia usted llevar (8,180 Cr o la estimación basada en la suma tentativa)?

Agentes Financiadores	Fuentes de Financiamiento								
	F3.1 Fondos Públicos				F3.2 Fondos Privados			F3.3 Fondos del Mundo	Total
	F3.1.1.1 Ventas del Gobierno Central		F3.1.1.2 Ventas del Gobierno Regional	F3.1.2 Otros Fondos Públicos	F3.2.1 Fondos del Empleador	F3.2.2 Fondos de los Hogares	F3.2.3 Instit. Sin Fines de lucro		
	F3.1.1.1 MIF	F3.1.1.2 MIE							
F3.1.1.1.1 MIS	29,498							1,938	30,0014
F3.1.1.1.2 MIE	339								339
F3.1.1.1.3 MID	695								695
F3.1.1.2 Gobierno regional		986	8,257						9,243
F3.1.2 ONF		1,106		566	44,374	1,4291			61,637
F3.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales					422	141			563
F3.2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados					710	1,430			2,130
F3.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte del seguro social)						3,330			3,330
F3.2.3 Pagos directos de los hogares						86,413			86,413
F3.2.4 ONG							1,295	1,659	2,9551
F3.2.5.2 Empresas privadas					3,024				3,024
F3.2.5.1 comp. farmacéut. (Pozaj)					1,605				1,605
F3.3 Resto del mundo								559	559
Suma Tentativa	29,480	2,092	8,257	566	50,435	106,045	1,295	3,780	201,950
Total suma preliminar								3,780	

7b: Estudio de Caso II de Susmania – Interpretación de los Resultados de la Encuesta para rellenar el cuadro HF x HP

Para equilibrar la complejidad de los diferentes ejercicios y mantener la atención de los participantes, el siguiente ejercicio no es tan demandante ni requiere de tanto detalle como el anterior. En este segundo ejercicio *no* se le pide a los participantes que rellenen el cuadro HF x HP *per se*; en este caso se trata de examinar los resultados de cuestionarios específicos de encuestas y determinar cuáles resultados *se utilizarían* en el cuadro HF x HP y por qué. El objetivo de este ejercicio es aprender a lidiar con las variadas respuestas que obtendrá un equipo de CNS en sus cuestionarios de encuestas y determinar cuáles son relevantes para el cuadro HF x HP.

Tabla 2: Asignación de Proveedores de Atención de Salud por Pagadores/Compradores:
AF x P

	FG.A Sector Público						FG.B Sector No Público				FG	
	FG.1 Gobierno Territorial											
	FG.1.1.1	FG.1.1.2	FG.1.1.3	FG.1.2	FG.2.1.1	FG.2.5.1	FG.2.5.2	FG.2.1.2 y FG.2.2	FG.2.3	FG.2.4		
	Gobierno Central	Gobierno Estatal/Provincial	Gob. Local/Municipal	Fond. Seg. Social	Previsión para empl. estatales	Empresas estatales	Emp. y Coop. privadas	Seguro Privado	Gastos directos de los hogares	NPISH	Resto del Mundo	Filas Totales y Mud. De Gastos Totales
FC.1 Hospitales												
FC2 Enfermeras y hogares												
FC3 Prov. de atención de salud ambulatoria												
HF x Ventas x menor y prov. de otras b. médicas												
FC5 Profession and administration of public health programs												
FC6 Adm. y seg. de salud general												
FC7 Total las Inst. (resto) del mundo												
FC8 Instituciones proveedoras de servicios auxiliares de salud												
HFS Resto del mundo												
Totales de columnas												

Para las preguntas de clasificación, las respuestas que aparecen más abajo son *sugerencias* de códigos de clasificación. Si la clase ya ha desarrollado su versión modificada de los códigos de clasificación en función de las características de su país, el instructor debiera permitir que elaboren respuestas que estén en sintonía con ese sistema de clasificación modificado. Las respuestas que se detallan a continuación contienen algunas "técnicas especiales" para los instructores. Las notas que acompañan las presentaciones en PowerPoint no incluyen estas técnicas y se limitan a entregar las respuestas.

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Utilizando la información que proporcionan las encuestas que acompañan las notas, solicite a los participantes que respondan a las siguientes preguntas.

Pregunta 1a

Revise el Cuestionario para los Seguros de Salud (Muestra 7b.1)

Clasifique los términos «en negrita» según los códigos de la CICS.

Respuesta

HP.1.1.2.1 Hospitales privados con fines de lucro

HP.3.4.5.1 Centros de salud privados con fines de lucro

HP 1.1.2.2 Hospitales privados sin fines de lucro

HP 3.4.5.2 Centros de salud privados sin fines de lucro

Ejercicio de HF x P

▲ Observe el Cuestionario de Seguro de Salud (Muestra 7b.1)

1a) Clasifique los términos "en negrita" según los códigos de la OCDE.

1b) Como puede observar a partir del cuadro superior, las compañías de seguro no pudieron desagregar los beneficios entre pólizas de tipo "Grupal" e "Individual". ¿Cómo separaría usted esos montos?

Nota para los instructores

Para la pregunta 1b se requiere que los participantes examinen de cerca otros materiales de información provenientes de la encuesta, que pueden entregar una indicación acerca de cómo desglosar las estimaciones entre asegurados colectivos e individuales.

Pregunta 1b

Como puede observar a partir del cuadro en la muestra 7b.1, las compañías de seguros no pudieron desagregar los beneficios entre pólizas de tipo «Colectiva» e «Individual». ¿Cómo separaría usted esos montos?

Respuesta

El cuestionario entregó información relativa a la cantidad de personas afiliadas a seguros individuales vs. colectivos. La distribución entre las personas afiliadas a seguros colectivos y seguros individuales es 32 por ciento y 68 por ciento respectivamente. Utilice esta relación para distribuir el gasto de los hospitales privados y de las clínicas.

Cuadro 7.2: Estimación de pagos a los proveedores para las pólizas colectivas e individuales

HP.1.1.2.1 Hospitales privados con fines de lucro	123	.32 x 123 = 39.36	.68 x 123 = 83.64
HP.3.4.5.1 Otros centros de salud privados con fines de lucro	216	.32 x 216 = 69.12	.68 x 216 = 146.88
HP 1.1.2.2 Hospitales privados sin fines de lucro	437	.32 x 437 = 140	.68 x 437 = 297
HP 3.4.5.2 Otros centros de salud privados sin fines de lucro	1,020	.32 x 1020 = 326.4	.68 x 1020 = 693.6

Nombre del archivo: Exhibits 7b.1 - 7b.4
Adaptedo de NHA Producer's Guide (PG: pg. 130-131, Exhibit 9.1)

Exhibit 7b.1
Susmania National Health Accounts: Health Insurance Questionnaire

Form ID No.__/__

The information provided will be treated with strict confidentiality.

1. General information

Name of NGO: AGGREGATION
Name of respondent:
Position of respondent:
Date of interview:
Location:
Reporting period - Calendar Year 1999 or:

Type of insurance company (circle one)
1 = State-owned/parastatal
2 = Private, for-profit
3 = Private, non-profit

2. In the table below, please indicate the number of subscribers (for health insurance only) to your organization at the end of the reporting period. If health insurance is included as a part of other insurance, please include those subscribers in your figure.

Number of subscribers under:	
Group/Company	Individual/Family
800,000	1,700,000

4. In the table provided below, indicate your organization s total expenditures for the reporting period. If possible use incurred figures rather than cash figures.

Type of expense	Amount (in crutons)		
	Total	Group/Company	Individual/Family
Benefits:			
GOE hospitals	0		
Other government facilities	0		
Private-for-profit hospitals	123		
Other private-for-profit health centers	216		
Private non-profit hospitals	437	UNKNOWN	UNKNOWN
Other private non-profit health centers	1,020		
Reimbursement made directly to policyholder	2,640		
Other	0		
Total benefits	4,436		
Additions to reserves (health business only)	0		
Administrative expenses (health business)	564		
Surplus or retained earnings (health business)	410		

Reporting basis:
Accrual
Cash

5. Do the revenue figures above include the health portion of premiums for combined life/health policies?
Not Applicable
Yes
No

Please enter total benefits paid under such combined policies in the reporting year:

Life	Health

Pregunta 2a

Observe la Encuesta a los empleadores (Muestra 7b.2)

¿Cuál de las dos estimaciones de gasto provistas en esta encuesta debería colocarse en el cuadro HF x HP?

Respuesta

El monto de 3024 Cr es el más relevante, porque corresponde a lo que gastó la empresa en servicios de salud *in situ*. En este caso la empresa sería el agente financiador y sus instalaciones serían los proveedores, por ende habría que utilizarlo en el cuadro HF x HP.

Pregunta 2b

¿Cómo lo clasificaría? ¿Qué códigos CICS utilizaría?

Respuesta

Para responder a esta pregunta el equipo de CNS tendrá que examinar las preguntas de la encuesta para ver si solicitó información acerca de qué tipos de servicios de salud **presta la empresa en sus propias instalaciones. En la encuesta se señala que la empresa presta servicios ambulatorios en dichas instalaciones.**

Por lo tanto, la clasificación es "HP 3.4 Centros de atención ambulatoria". O "Todos los centros de servicios cooperativos multiespecializados ambulatorios". centers."

Nota para los instructores

Los participantes deben determinar a qué transacciones de gasto se refieren las dos estimaciones. ¿Acaso una indica la transferencia de fondos entre "una fuente de financiamiento y un agente financiador" y la otra, la transferencia de fondos entre un "agente financiador y un proveedor"? El objetivo de esta pregunta es que los participantes reconozcan, a través de diferentes tipos de transacciones , un actor (por ejemplo, un empleador) puede ser clasificado en más de una dimensión de las CNS, por ejemplo como fuente de financiamiento, agente financiador o proveedor.

Ejercicio (sigue)

- Observe la Encuesta de empleadores (Muestra 7b.2)
  - 2a) ¿Cuál de las dos estimaciones de de gasto provistas en esta encuesta debería colocarse en la tabla HF x P?
  - 2b) ¿ Cómo la clasificaría (en tanto que proveedor)? ¿ Qué códigos de la OCDE utilizaría?

Nota para los instructores

Recuerde que los participantes tendrán que recurrir nuevamente a la encuesta para encontrar más información acerca de los tipos de servicios que la empresa presta directamente.

Exhibit 7b.2
Susmania National Health Accounts: Employer Survey

Form ID No.___/___

1. General information

Firm Name: AGGREGATION
Name of Person Interviewed: _____
Date of interview: _____
Reporting period - Calendar Year 1999 or: _____

Firm ownership (Circle one.)
1 = State-owned/Para-statal
2 = Private Sector, for-profit

Principal activity (Circle one.)
1 = Agricultural
2 = Mining or petroleum extraction
3 = Industrial
4 = Wholesale or retail trade
5 = Finance, insurance, or real estate
6 = Services
7 = Other

How many full- and part-time employees on the last day of the reporting period? _____

2. Did your firm provide medical insurance in the reporting period?
Yes
No (Skip to question 3.)

a. Number of employees covered by insurance: _____

b. Does the insurance cover dependents?
Yes
No

c. How much did your firm pay in premiums? 2,070 (survey error 5%)

d. Do your employees contribute to private health insurance?
No
Yes — How much? 2/3 per
Is this included in item 2c? Yes / No

e. Which types of health care services are covered? (Circle all that apply.)

X	In-patient curative care
X	Day cases of curative care
X	Out-patient curative care
X	Basic medical and diagnostic services
X	Medical mental health and substance abuse therapy
X	Ambulatory surgical procedures
X	Out-patient dental care
X	All other specialized medical services
X	All other out-patient curative care
X	Services of curative home care
X	In-patient rehabilitative care
X	Day cases of rehabilitative care
X	Outpatient rehabilitative care
X	Services of rehabilitative home care
X	In-patient long-term nursing care

	X	Day cases of long-term nursing care
	X	Long-term nursing care: home care
	X	Clinical laboratory
	X	Diagnostic imaging
	X	Patient transport and emergency rescue
	X	All other miscellaneous ancillary services
	X	Prescribed medicines
	X	Over-the-counter medicines
	X	Other medical non-durables
	X	Glasses and other vision products
	X	Orthopedic appliances and other prosthetics
	X	Hearing aids
	X	Medico-technical devices, including wheelchairs
	X	All other miscellaneous medical goods
3. During the reporting period, did your firm reimburse employees for medical expenses they incurred?	Yes No	(Skip to question 4.)
a. How much did your firm provide to employees in direct reimbursements?		NONE
b. Which types of health care services does your firm reimburse? (Circle all that apply.)	X X X X	Inpatient Outpatient Drugs Other
c. Does your firm keep records on the amount spent to reimburse for services purchased at private and public health care facilities?	Yes (No)	Public facilities _____ Private facilities _____
4. During the reporting period, did your firm provide on-site health services for employees?	Yes No	(Skip to question 5.)
a. How much did your firm spend to provide on-site health services?		3,024 (survery error 5%)
b. Does the government or any other non-governmental organization make contributions which support your health facilities? If so, how much?	Yes No	How much? _____
c. How many health care facilities does your company provide? Where are they located in the country?		_____ _____ _____
d. What types of health services are available in these facilities? (Circle all that apply.)	X (X) X X	Inpatient Outpatient Drugs Other
e. Do employees pay for services and/or medication offered in these facilities?	Yes (No)	How much? _____
5. Does the government or any other organization make a contribution to health care benefits provided by your firm?	Yes (No)	How much? _____

Pregunta 3a

Observe el Cuestionario de Ayuda Externa (Muestra 7b.3)

¿Cuáles de los gastos que aparecen en la encuesta deberían ser colocados en el cuadro HF x HP?

Respuesta

El único monto utilizado en el cuadro HF x HP es: Hospital general (599)

Pregunta 3b

¿Cómo lo clasificaría?

Respuesta

La respuesta es "HP1.1.2.1 Hospital de ONG". Esto supone que HP1.1.2 se refiere a los hospitales generales privados (HP1.1.1 se refiere a los hospitales públicos).

Nota para los instructores

TPara responder la pregunta 3a, el equipo de CNS tendrá que examinar todos los tipos de gastos presentados y determinar de dónde viene el dinero y adónde va. Sólo se usarán para efectos del cuadro HF x HP los fondos que son transferidos a un *proveedor.*

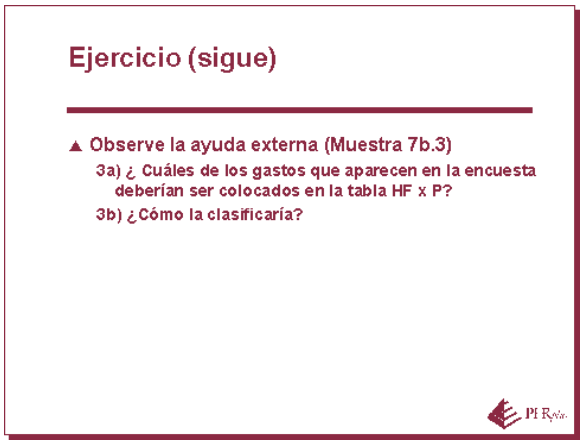


Exhibit 7b.3
Susmania National Health Accounts:
Government of Susmania/Ministry of Health Survey of External Aid Contributions to Health

Instructions: The Ministry of Health is conducting a study to estimate the total amount of health financing in Susmania and how health funds flow from sources to users. In the space below, please indicate the projects that your organization supports, the amount you contributed in 1999, and the name(s) of the institutions that benefited from your contributions. We are particularly interested in knowing who used your contributions, so please be specific. For example, if contributions were made to the GOE please indicate whether the beneficiary institution was the MOH, MOE, etc. If District Health Teams were the beneficiaries, please list which ones. Similarly, please list the NGOs that received support. Thank you.

The information provided will be treated with strict confidentiality.

1. General information

Donor Name:	AGGREGATION
Respondent Name:	
Date:	
Phone Number:	
Reporting period - Calendar Year 1999 or:	

2. Project funding during the current reporting period (only show funds actually disbursed)

Project Title	Amount Contributed (Use most convenient currency)	Beneficiary Institution(s)
1. Bilateral family planning program with Ministry of Health	1,538	Ministry of Health
2. Project Hope screening program	1,653	Susmania Red Crescent
3. Project Hope pilot test of smoking cessation campaign	300	Coastal Region Health Department
4. Medecins sans Frontieres local hospital	599	Given Directly
5. Total	4,090	

(Add another sheet for more projects)

3. Please indicate the amount that your organization spent in the current reporting period to support your activities (i.e. administration, program support) in Susmania as well as the amount spent on technical assistance not included in the amounts above. (Please identify currency unit.)

NONE

Pregunta 4a

Observe la muestra 7b.4, la Tabulación Especial de la Encuesta a los hogares.

¿Cuáles de las categorías de gastos pueden colocarse en el cuadro HF x HP?

Respuesta

Copagos en los hospitales (13643 Cr)

Copagos en los policlínicos (11965 Cr)

Compra de medicamentos con receta (41042 Cr). Puede utilizar este monto para asumir los costos totales de las farmacias (proveedores).

Pagos a otros practicantes de la salud (19763 Cr)

Nota para los instructores

Dígale a los participantes que el objeto de la pregunta 4a es enseñarles a distinguir entre diferentes tipos de gastos que pueden aparecer en una encuesta y a ordenarlos en el formato de las CNS.

Pregunta 4b

Usted se ha enterado a través de los registros de admisión de pacientes que los hogares acuden a las clínicas privadas en lugar de las clínicas públicas en una relación de 3 a 2 y que acuden a los hospitales privados en lugar de los hospitales públicos en una relación de 2 a 3.

Respuesta

Para las clínicas: PRIVADAS 3: PUBLICAS 2

Para las clínicas:

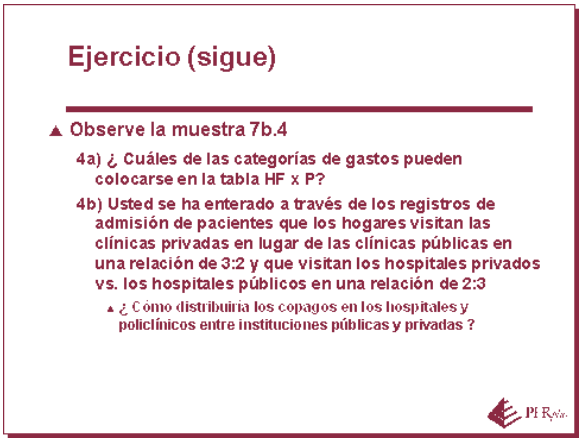
- 11965 (copagos en el policlínico) / 5 = 2393
- Para obtener los gastos privados: 2393 x 3 = 7179
- Para obtener los gastos públicos: 2393 x 2 = 4786

Para los hospitales: PRIVADOS 2: PÚBLICOS

- 13643 (copagos en los hospitales) / 5 = 2728,6
- Para obtener los gastos privados: 2728,6 x 2 = 5457.20
- Para obtener los gastos públicos: 2728,6 x 3 = 8185.80

Nota para los instructores

Dígale a los participantes que el objeto de la pregunta 4b es enseñarles a captar el valor que tiene la utilización de datos a la hora de hacer estimaciones de gastos.



Nombre del archivo: Exhibits 7b.1 - 7b.4
Adaptedo de NHA Producer's Guide (PG: pg. 130-131, Exhibit 9.1)

Exhibit 7b.4

Susmania National Health Accounts: Special Tabulation of Household Survey

Category of Expenditure	Amount
Payments to NIA	11,626
Payments to private medical insurance	4,400
Co-payments at hospitals	13,643
Co-payments at polyclinics	11,965
Purchase of prescription drugs	41,042
Payments to other health practitioners	19,763
Total	102,439

Prepared by Susmania Statistical Committee 28/05/2000

NOTE: Estimates have a 5% margin or error at the 95% confidence level.

7c: Estudio de Caso III de Susmania - Completar los cuadros HF x Func y HP x Func

Este es otro ejercicio intensivo sobre un estudio de caso (pero no tan demandante como el primero) que consiste en ordenar diferentes tipos de datos y determinar cómo utilizarlos para rellenar los cuadros funcionales. El instructor debe pedirle a los participantes que completen un cuadro de combinación "inicial" seguido de un cuadro HF x Func en blanco. Estos se encuentran disponibles en la carpeta de notas entregada por el instructor. También se hallarán copias en el Manual de los Participantes.

Ejercicio

- El equipo de CNS considera que sería más fácil iniciar esta estimación intentando armar una tabla de combinación "Agentes Financiadores x Proveedores y Función".
- El primer paso es organizar los encabezados generales de filas y columnas. (Esto ya ha sido hecho para usted)

Para crear los dos cuadros (HF x Func y HP x Func) el equipo de CNS considera que es más fácil comenzar por rellenar el cuadro de combinación HF x HP x Func. El primer paso, que ya ha sido realizado para usted, consiste en organizar los encabezados generales de fila y columna (véase la hoja). Asumamos que usted ya ha completado el cuadro HF x HP y por lo tanto ya dispone de los totales para HF y Proveedores (GP: Capítulo 13).

Nota para los instructores

Valiéndose del cuadro de combinación (notas), lea la pregunta del Caso de Estudio III de Susmania e ingrese las correspondientes estimaciones de gastos en el cuadro. En la Unidad 6 aparece un ejemplo de cuadro de combinación (cuadro 6.2).

Cuadro 7.3: Totales para los agentes financiadores (tal como aparecen en el cuadro HF x HP)

HF.1.1.1.1	MDS	7,839
HF.1.1.1.3	MDD	8,569
	Gobierno Regional	41
HF.1.1.2	ANP	20,802
HF.1.2	Seguro Colectivo Estatal	109
	Hogares	308
	Total	37,668

Cuadro 7.4: Totales para los agentes financiadores (tal como aparecen en el cuadro HF x HP)

HP.1.1.1.1	Hospitales generales del MDS	9,387
HP.1.1.1.2	Hospitales del MDD	8,569
HF.1.1.2	Hospitales generales regionales	19,712
HP.1.1.1.3	Total	37,668

Nota: este estudio de caso es una versión condensada del cuadro completo de Susmania, ya que no incluye a los curanderos tradicionales, a las clínicas de los empleadores, a las farmacias y a los hospitales de los donantes.

Ejercicio 1

Coloque los totales anteriores en las celdas correspondientes de su cuadro de combinación.

Respuesta

Tabla Combinada de CNS de Sustento de Agente Financiador por Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador						Total	Verificar contra AF x P
	FF1111 Ministerio de Salud	FF1113 Ministerio de Defensa	FF1112 Gob. Reg	HF1.2 ANP	FF.2.1.1 Programa previsional empleados estatales	FF.2.3 Pagos directos de los hogares		
HP1111 Hospitales generales MdS								
AF								
AF								
AF								
AF								
AF								
HP1112 Hospitales MdD								
AF								
AF								
AF								
AF								
AF								
AF								
HP1113 Hospitales generales regionales				14,062	109	201		
AF 1.1 C vertiva pac. interna				9,422	60			
AF 1.3 C vertiva pac. exter.				4,640	49	201		
Total gasto AF	0	0	0	14,062	109	201	0	
Verificar contra AF x P								

La fila de los totales (específicamente la celda "verificar contra HF x HP") debe incluir las estimaciones anteriores correspondientes a los proveedores. La columna de los totales específicamente la celda "verificar contra HF x HP") debe incluir las estimaciones anteriores correspondientes a los agentes financiadores. Por lo tanto:

- Se debe colocar 9387 en la celda "verificar contra HF x HP" x Hospitales Generales del MDS
- Se debe colocar 8569 en la celda "verificar contra HF x HP" x Hospitales Generales del MDD
- Se debe colocar 19712 en la celda "verificar contra HF x HP" x Hospitales Generales Regionales
- Se debe colocar 37668 en la celda "verificar contra HF x HP" x gasto total de HF.
- Se debe colocar 7839 en la celda MDS x "verificar contra HF x HP"
- Se debe colocar 8569 en la celda MDD x "verificar contra HF x HP"
- Se debe colocar 41 en la celda Gobierno Regional x "verificar contra HF x HP"
- Se debe colocar 20802 en la celda ANP x "verificar contra HF x HP"
- Se debe colocar 109 en la celda **Seguro Colectivo Gubernamental** x "verificar contra HF x HP"
- Se debe colocar 308 en la celda Hogares x "verificar contra HF x HP"
- Se debe colocar 37668 en la celda Total x "verificar contra HF x HP"
- Usted recibe los datos siguientes y sabe que estos números deben ser colocados en el cuadro –para su sorpresa esto ya ha sido realizado (¡por el hada madrina de las CNS!)

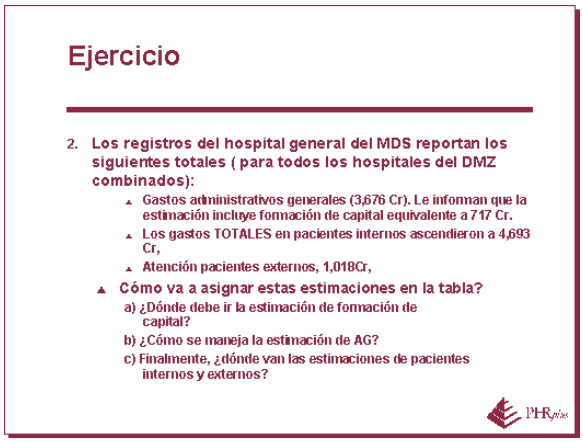
Pregunta 1
Tabla Combinada de CNS de Sustento de Agente Financiador por Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador						Total	Verificar contra AF x P
	HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gob Reg	HF.1.2 ANP	HF.2.1.1 Programa previsional empleados estatales	HF.2.3 Pagos directos de los hogares		
HF.1.1.1.1 Hospitales generales del MdS								9,387
HC								
HC								
HC								
HC								
HF.1.1.1.2 Hospitales del MdD								8,569
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HF.1.1.1.3 Hospitales gen. regionales				14,062	109	201		19,712
HC.1.1 Cuentas P. Internos				9,422	60			
HC.1.3 Cuentas P. Externos				4,640	49	201		
Total Gasto FA	0	0	0	14,062	109	201	0	37,668
Verificar contra FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

Hospitales regionales generales	Hogares	ANP	Programa Previsional para Empleados Públicos
Hospitalizados	0	9,422	60
Ambulatorios	201	4,640	49
Total	201	14,062	109

Ejercicio 2a

Los registros del hospital general del MDS indican los siguientes totales (para todos los hospitales del MDS combinados):



- Gastos administrativos generales (3,676 Cr). Le informan que la estimación incluye formación de capital equivalente a 717 Cr.
- Los gastos TOTALES en pacientes internos ascendieron a 4,693 Cr,
- Atención pacientes externos, 1,018Cr, Cómo va a asignar estas estimaciones en las celdas correspondientes del cuadro? ¿Dónde debe ir la estimación de formación de capital?

Respuesta

- La estimación de 717 Cr se refiere a la formación de capital: ¿Se trata de una categoría de proveedor o de función?

Respuesta: función.

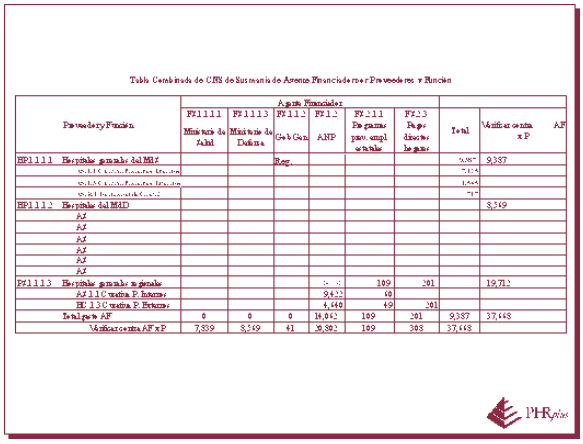


Tabla Combinada de CNS de Sumarios de Agentes Financiadores y Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador							
	FY1111 Ministerio de Salud	FY1113 Ministerio de Defensa	FY112 Gob Gen	FY12 ANP	FY211 Programa prov. empl estatales	FY213 Pago directo de pagos	Total	Atribuir contra AF x P
HP1111 Hospitales generales del MDS			Reg.				9,337	9,337
[illegible]							[illegible]	
[illegible]							1,[illegible]	
[illegible]							[illegible]	
HP1112 Hospitales del MSD								3,549
AF								
AF								
AF								
AF								
AF								
AF								
Pf1113 Hospitales generales regionales				[illegible]	109	201		19,712
AF 113 Cuotas P. Internas				9,423	48			
HC 113 Cuotas P. Externas				4,440	49	201		
Total gasto AF	0	0	0	18,842	109	201	9,337	37,448
Atribuir contra AF x P	7,559	3,549	41	20,382	109	303	37,448	

- Por ello, primero clasifíquela como: HCR.1 Formación de capital (ubíquelo en el encabezado de la fila funcional bajo el proveedor relevante).
- Puesto que no sabemos qué agente financiador específicamente contribuyó a la formación de capital del hospital (no se puede simplemente asumir que fue el MDS a este nivel), la estimación de 717 se coloca en la "celda TOTAL de columna x Formación de Capital de Hospital del MDS".

Ejercicio 2b

¿Cómo se maneja la estimación de AG?

Respuesta

Los gastos de GA ascienden a 3676 – 717 = 2959. ¿Pero cómo se clasifican los gastos de GA? En las CNS los gastos de GA NO TIENEN su propia categoría separada. Los gastos administrativos de un proveedor no se asignan a la Función HC.7 (Administración de salud y seguro de salud), que incluye sólo los gastos relacionados con el MDS en el nivel central y provincial (¡no el proveedor!). La cifra de 2959 es incluida como parte del costo de los servicios prestados. Por ende, la **estimación de 2959 para GA tiene que asignarse a los gastos de hospitalización y ambulatorios**. Esto se resuleve en la siguiente pregunta.

Nota para los instructores

Recuérdele a los participantes que están examinando registros de PROVEEDORES y que tienen que recordar que las CNS clasifican a la administración general en el nivel de proveedores.

Ejercicio 2c

Finalmente, ¿dónde van las estimaciones de pacientes hospitalizados y ambulatorios?

Respuesta

- **Primero** clasifique **y agregue filas funcionales para las categorías de hospitalizados (HC1.1) y ambulatorios (HC 1.3).**
- Le informan que el gasto en hospitalización equivale a 82,2 por ciento del gasto total (hospitalización + sólo atención ambulatoria [4693 + 1018 = 5711]) en los hospitales del MDS (4693/5711). *Por ende, el monto GA que se le agrega* al gasto por hospitalización es 0.822 x 2959 = 2432. **Por lo tanto, el total de hospitalización es finalmente 4232 + 4693 = 7125.**
- Usted determina que el gasto en atención ambulatoria equivale al 17,8 por ciento del gasto total (hospitalización + sólo atención ambulatoria) en los hospitales del MDS (1018/5711). *Por ende, el monto GA que se le agrega* al gasto por atención ambulatoria es 0.178 x 2959 = 527. **Total atención ambulatoria 527 + 1018 = 1545.**
- Por ende, el monto 7125 tiene que ser colocado en la "celda columna total x Hospitalización en Hospital del MDS".
- El monto 1545 tiene que ser colocado en la "celda columna total x Atención ambulatoria Hospital del MDS".

Ejercicio 3a

En términos de Agentes Financiadores que contribuyen a los hospitales del MDS,

La encuesta de hogares indica que los hogares pagan 107 Cr en hospitales del MDS y que el monto total es destinado a copagos de atención ambulatoria. ¿En qué lugar del cuadro colocará usted esta estimación?

Respuesta

Coloque **107** en **la celda Atención ambulatoria del MDS.**

Ejercicio 3b

Usted se entera de que la ANP ha reembolsado al MDS por los servicios prestados a los beneficiarios de la ANP. El pago total de la ANP al MDS es de 6.740 Cr y 88% de este monto es destinado a atención curativa hospitalaria y el resto a la atención curativa

Ejercicio

3. **En términos de Agentes Financiadores que contribuyen a los hospitales del MDS,**
   a) **La encuesta de hogares arroja que los hogares pagan 107 Cr en hospitales del MDS y que el monto total es destinado a copagos a atención ambulatoria.**
   ¿En qué lugar de la tabla colocará usted esta estimación?
   b) **Usted se entera que la ANP ha reembolsado al MDS por los servicios incurridos por los beneficiarios de la ANP. El pago total de la ANP al MDS es de 6,740 Cr y 88% de este monto es destinado a atención curativa a pacientes internos y el resto a la atención curativa de pacientes externos (ambulatorios).**
   - **Coloque la contribución funcional de la ANP a los hospitales del MDS en las celdas correspondientes del cuadro**

ambulatoria. Coloque la contribución de la ANP a los hospitales del MDS en las celdas correspondientes del cuadro.

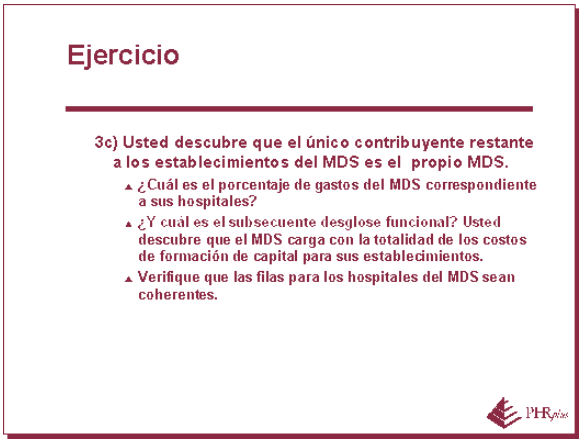
Respuesta

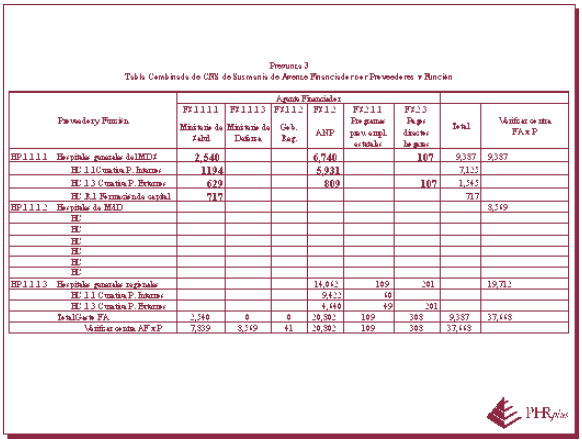
- ☐ **El reembolso de la ANP por atención curativa hospitalaria es 0,88 x 6740** = 5931.
- ☐ Coloque este número en la **celda ANP x atención hospitalaria. MDS**
- ☐ **El reembolso de la ANP por atención curativa ambulatoria es 0,12 x 6740** = 809.
- ☐ Coloque este número en la **celda ANP x atención ambulatoria. MDS**

Ejercicio 3c

Usted se entera de que el único contribuyente restante a los establecimientos del MDS es el propio MDS. ¿Cuál es el porcentaje de gastos del MDS correspondiente a sus hospitales?

Respuesta





Presupuesto 3
Tabla Combinada de CNS de Insumos de Aporte Financiado por Proveedores y Función

Proveedor y Función	Aporte Financiado							
	FY1111 Ministerio de Salud	FY1113 Ministerio de Defensa	FY1112 Gob. Reg.	FY12 ANP	FY211 Programas para empl. estatales	FY23 Pagos directos de pacientes	Total	Verificar contra FA x P
HP1111 Hospitales generales del MDS	2,540			6,740		107	9,387	9,387
HC 1.1 Curativa P. Internos	1194			5,931			7,125	
HC 1.3 Curativa P. Externos	629			809		107	1,545	
HC 2.1 Formación de capital	717						717	
HP1112 Hospitales de MAD								8,549
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HP1113 Hospitales generales regionales				14,042	189	201		19,712
HC 1.1 Curativa P. Internos				9,622	40			
HC 1.3 Curativa P. Externos				4,440	49	201		
Total Gasto FA	3,540	0	0	20,882	189	308	9,387	37,448
Verificar contra AF x P	7,339	8,549	41	20,882	189	308	37,448	

Para calcular la participación del MDS:

- ☐ Tome los totales de fila y résteles las contribuciones de los hogares y de la ANP.
- ☐ Por ende, el MDS contribuyó con un total de 9.387-(107 + 6740) = **2540**, que debe colocarse en **MDS x Hospital General del MDS.**

Ejercicio 3d

¿Y cuál es el subsecuente desglose funcional? Usted descubre que el MDS carga con la totalidad de los costos de formación de capital para sus establecimientos.

Respuesta

- ☐ Para la contribución del MDS a la atención curativa hospitalaria = 7125 – (0 + 5931) = **1194** (en la **celda MDS x paciente hospitalizado del MDS)**
- ☐ Para la contribución del MDS a la atención curativa ambulatoria = 1545 – (107 + 809) = **629** (en la **celda MDS x paciente ambulatorio del MDS)**
- ☐ Coloque el monto 717 en la celda MDS x MDS HCR1 Formación de capital

- ☐ Ahora verifique que las filas para los hospitales del MDS sean coherentes.

Nota para los instructores

La clave está en mirar los totales de fila y la *cantidad de fuentes* para el proveedor destinatario porque esto nos indica cuántas celdas se llenarán en la fila de los proveedores.

Ejercicio 4a

Para los hospitales regionales estatales:

En los hospitales regionales, usted descubre que los gastos TOTALES equivalen a 19.712 Cr. Este monto se reparte funcionalmente en 12.419 Cr para pacientes hospitalizados y 7.293 Cr para pacientes ambulatorios. Coloque estas estimaciones en las celdas correspondientes.

Cuadro 7.5: Desgloce de hospitalizados y ambulatorios Care en hospitales regionales

Regional General Hospitals	Households	NIA	Govt. Employee Insurance Program
Inpatient	0	9,422	60
Outpatient	201	4,640	49
Total	201	14,062	109

Respuesta

Esta es una entrada simple de datos:

- El monto total: 19712 Cr debe colocarse en "Total x total hospital gubernamental regional"
- El monto de hospitalización: 12419 Cr debe colocarse en "Total x hospitalización hospital gubernamental regional"
- El monto de atención ambulatoria: 7293 Cr debe colocarse en "Total x atención ambulatoria hospital gubernamental regional"

Nota para los instructores

Esta es una técnica de estimación. Para el ejercicio de CNS se recomienda dividir los gastos de hospitalización y los gastos de atención ambulatoria usando la misma relación que la utilizada para el remanente "no asignado" para hospitalización y atención ambulatoria.

Ejercicio

4. Para hospitales regionales estatales:
   a. En cuanto a hospitales regionales, usted descubre que los gastos TOTALES equivalen a 19,712 Cr. Este monto se reparte funcionalmente en 12,419 Cr para pacientes internos y 7293 Cr para pacientes externos. Coloque estas estimaciones en las celdas correspondientes.
   b. Usted descubre que el gobierno regional gasta un total de 41 Cr en sus propios hospitales. El MDS paga un total de 5,299 Cr por los hospitales regionales. Pero el desglose funcional de estos dos HF es una incógnita.
      - Usted también descubre que estos son los dos únicos HF remanentes (que no han sido contados previamente) que contribuyen a los hospitales regionales.
      - ¿Qué hace usted? ¿Cómo se cuenta el gasto funcional del gobierno regional y del MDS en los hospitales regionales? Esta es una técnica de estimación.

Ejercicio 4b

- Usted descubre que el gobierno regional gasta un total de 41 Cr en sus propios hospitales. El MDS paga un total de 5.299 Cr para los hospitales regionales. Pero el desglose funcional de estos dos HF es una incógnita.
- Usted también descubre que estos son los dos únicos HF remanentes (que no han sido contados previamente) que contribuyen a los hospitales regionales.
- ¿Qué hace usted? ¿Cómo se cuenta el gasto funcional del gobierno regional y del MDS en los hospitales regionales?

Presupuesto 4
Tabla Combinada de CNS del Instituto de Asuntos Financieros por Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador						Total	Verificación xP	FA
	FY1111 Ministerio de Salud	FY1113 Ministerio de Defensa	FY1112 Gob. Reg	FY12 ANP	FY2111 Fondo Empleados Estatales	FY23 Pagos directos de bolsillo			
HU 1111 Hospitales generales del MdS	2,540			4,790		107	9,387	9,387	
HU 11 Consulta P. Internos	1,194			5,931			7,125		
HU 13 Consulta P. Externos	429			929		107	1,545		
HU 11 Farmacia de Capital	717						717		
HP1112 Hospitales del IMSS								8,569	
HU									
HU									
HU									
HU									
HU									
HU									
HP1113 Hosp. generales regionales	5,299		41	14,062	109	201	19,712	19,712	
HU 11 Consulta P. Internos	2,914		23	9,422	60		12,419		
HU 13 Consulta P. Externos	2,385		18	4,640	49	201	7,293		
Total gasto FA	7,839	0	41	20,382	109	308	37,448	37,448	
Verificación xFA xP	7,839	8,569	41	20,382	109	308	38,338		

Respuesta

Técnica de estimación:

- El remanente no asignado para la atención curativa hospitalaria es 12419 - (0 + 9.422 + 60) = 2937.
- El remanente no asignado para la atención curativa ambulatoria es 7293 - (201 + 4640 + 49) = 2403.
- El remanente TOTAL no asignado para los hospitales regionales es 19712 - (201 + 14062 + 109) = 5340.
- Por lo tanto, los gastos no asignados para la atención curativa hospitalaria equivalen a 2937/5340 = 55 por ciento del total para los hospitales regionales.
- Por lo tanto, los gastos no asignados para la atención curativa ambulatoria equivalen a 2403/5340 = 45 por ciento del total para los hospitales regionales.
- Si no existe información respecto del desglose del gasto de la Región, del Gobierno y del MDS, utilice la misma relación 55/45 que no ha sido asignada.

  Por ende, la atención curativa hospitalaria del gobierno regional es : 0,55 x 41 = 23 y la atención curativa ambulatoria del gobierno regional es : 0,45 x 41 = 18 (**23 Cr** deben figurar en la celda **gobierno regional x atención hospitalaria en hospital regional) (18 Cr** deben figurar en la celda **gobierno regional x atención ambulatoria en hospital regional).**

  La atención hospitalaria del MDS es; 0,55 x 5299 = 2914 y la atención ambulatoria del MDS es 0,45 x 5299 = 2385 (**2914 Cr** deben figurar en la celda **MDS x atención hospitalaria en MDS) (2385 Cr** deben figurar en la celda **MDS x atención ambulatoria en MDS).**

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Recuérdele a los participantes que documenten detalladamente estos cálculos para que puedan posteriormente volver sobre sus pasos y descifrar sus métodos de estimación.

Ejercicio 5a

Usted recibe el siguiente desglose de gastos de los hospitales generales del MDD. No corresponde exactamente a las clasificaciones de la CICS.

Un estudio de costos de la Universidad ChrisJay estimó que la relación

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

Refiérase a lo que es clasificado en su propia categoría funcional y lo que supuestamente debe ser trasladado a otra categoría funcional.

entre pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios es de 3 a 1.

Usted descubre que el MDS es el único contribuyente para los gastos en sus hospitales.

¿Cómo clasificaría estos gastos de acuerdo a las categorías funcionales de la CICS?

Ejercicio

5. Usted recibe el siguiente desglose de gastos (ver siguiente transparencia) de los hospitales generales del MD. No corresponde exactamente a las clasificaciones de la OCDE.
   - Un estudio de costos de la Universidad ChrisJay estimó que la relación entre pacientes internos y pacientes externos es de 3 a 1.
   - Usted descubre que el MD es el único contribuyente para los gastos en sus hospitales.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 17 de la presentación 7(c) y explique los cuadros

Respuesta

Las estimaciones para cada ítem presupuestario pueden ordenarse en función de cuatro clasificaciones funcionales de las CNS que requerirán sus propias filas y clasificaciones en el cuadro: 1) HC1.1 atención curativa hospitalaria, 2) HC 1.3 Atención curativa ambulatoria, 3) HC4 Servicios auxiliares a la atención médica, 4) HCR.1 Formación de capital para las instituciones proveedoras de atención de salud.

Los ítems que deben ser **desglosados** en una relación 3:1 entre HC1.1 atención curativa hospitalaria y HC 1.3 Atención curativa ambulatoria son:

¿Cómo clasificaría estos gastos en tanto que categorías funcionales de la OCDE? b)¿Qué estimaciones de gasto utilizaría? Ingréselas en el cuadro.

	Gastos Hospital General MdD	8,569
7.01.01	Salarios	1,963
7.01.02	Medicamentos	1,227
7.01.03	Laboratorio y Rayos X	981
7.01.04	Costos administrativos generales	573
7.01.05	Comidas	41
7.01.06	Lavandería	40
7.01.07	Mantenimiento	900
7.01.08	Construcción	717
7.01.09	Servicios de limpieza	491
7.01.10	Equipamiento médico	1,636

- Salarios (.75 x 1963 = 1.472-Hospitalización; 491–Atención ambulatoria)
- Medicamentos (.75 x 1227 = 920-Hospitalización; 307-Atención ambulatoria). Justificación: puede que los hospitales tengan una farmacia que proporciona medicamentos tanto para los pacientes hospitalizados como para los pacientes ambulatorios.
- Costos administrativos generales (.75 x 573 = 430-Hospitalización; 143-Atención ambulatoria)
- Mantenimiento (.75 x 900 = 675-Hospitalización; 225-Atención ambulatoria)
- Servicios de aseo (.75 x 491 = 368-Hospitalización; 225-Atención ambulatoria)

Ítems que deben incluirse sólo en HC1.1 Atención curativa hospitalaria:

- Comida/ servicios de alimentación
- Lavado de ropa

Ítems que deben ser incluidos en HC4. Servicios auxiliares a la atención

Cuadro7.6: Desgloce de los gastos del hospital general del MOD		
7.01.01	Salarios	1963
7.01.02	Drogas	1227
7.01.03	Laboratorio y rayos X	981
7.01.04	Costos generaes de administración	573
7.01.05	Comidas	41
7.01.06	Lavandería	40
7.01.07	Mantenimiento	900
7.01.08	Construcción	717
7.01.09	Servicios sanitarios de limpieza	491
7.01.10	Equipo médico	1636
	Total Gastos	8,569

médica

- Exámenes de laboratorio y rayos X

Ítems que deben incluirse en HCR1 Formación de capital para las instituciones proveedoras de atención de salud

- Construcción (717)
- Equipos médicos (1.636)

Ejercicio 5b

¿Qué estimaciones de gastos usaría? Ingréselas en el cuadro.

Respuesta

El monto total que el MDD le entrega a sus hospitales es:

- Hospitalización (HC 1.1) = 1472 + 920 + 430 + 675 + 368 + 41 + 40 = 3946 (celda MDD x Hospitalización MDD)
- Atención ambulatoria (HC 1.3) = 491 + 307 + 143 + 225 + 123 = 1289 (celda MDD x Atención ambulatoria MDD)
- Servicios auxiliares (HC 4) = 981 (celda MDD x Servicios auxiliares MDD)
- Formación de capital (HCR 1) = 717 +1636 = 2353 (celda MDD x Formación de capital de MDD)

Pregunta 5

Tabla Combinada de CNS de Sumarios de Agentes Financiadores Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador								
	HF1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF1.1.2 Gob. Reg	HF1.2 ANP	HF2.1.1 Fondo Provincial Estatal	HF2.3 Fondos Sociales Ingreso	Total	Verificar contra FA x P	
HP1.1.1.1 Hospitales generales MAP	2,540			4,760		107	9,387	9,387	
HC1.1 Curativa P. Internos	1194			5,901			7,115		
HC1.3 Curativa P. Externos	429			889		107	1,347		
HC2.1 Formación de Capital	717						717		
HP1.1.1.2 Hospitales MAD		8,569					8,569	8,569	
HC1.1 Curativa P. Internos		3,946					3,946		
HC1.3 Curativa P. Externos		1,289					1,289		
HC4 Servicios Auxiliares		981					981		
HCR.1 Formación de Capital		2,353					2,353		
HP1.1.1.3 Hospitales generales regionales	5,299		41	[illegible]	109	201	19,712	19,712	
HC1.1 Curativa P. Internos	3,914		33	9,422	60		12,419		
HC1.3 Curativa P. Externos	2,385		18	4,440	49	201	7,293		
Total Gasto FA	7,839	8,569	41	20,382	109	308	37,448	37,448	
Verificar contra AF x P	7,839	8,569	41	20,382	109	308	37,448		

Pasos Siguientes

- COMPRUEBE SI LOS TOTALES DE LAS FILAS Y LAS COLUMNAS SON CONSISTENTES
- ¿Coinciden los totales que recién calculó con los totales que se obtuvieron de el

cuadro HF x HP?

Si no coinciden, retroceda y verifique si hay un error en el cuadro HF x HP o en su cuadro actual. En un trabajo real de CNS habrá que hacer muchas revisiones “hacia atrás” y “”hacia delante» para volver a verificar estimaciones.

Ejercicio 6

Ahora que dispone del cuadro de combinación, su siguiente tarea es separar los gastos en: Cuadro HF x Func y 2) P x Func (para efectos de este ejercicio, el cuadro ha sido completado para usted por el hada madrina de las CNS). Use las nuevas Notas para completar el cuadro HF x Func.

Referencias

Organization for Economic Cooperation and Development. 2000. A System of Health Accounts. París. OECD. (NHA Resources CD) PHR*plus*. 2002.

PHR*plus*. 2003. *Understanding National Health Accounts: The Methodology and*

Ejercicio (sigue)

6) Ahora que dispone del cuadro de combinación, su siguiente tarea es separar los gastos en:
- cuadro HF x Func
- cuadro P x Func (para efectos de este ejercicio, el cuadro ha sido completado para usted por el hada madrina de CNS)

Use el Manual para completar el cuadro HF x Func

Cuadro 7.7: Cuadro Proveedor x Función

Función	Proveedor			Total
	HF.1.1.1.1 MDS Hospitales Generales	HF.1.1.1.2 MOD Hospitales	HF.1.1.1.3 Gob. regional hospitales generales	
HC1.1 Hospitalizados curativos	7,125	3,946	12,419	23,490
HC1.3 Ambulatorios curativos	1,545	1,289	7,293	10,127
HC4 Servicios auxiliares		981		981
HCR 1 Formación de capital	717	2,353		3,070
Gasto Total Proveedor	9,387	8,569	19,712	37,668
Compare contra FAxP	9,387	8,569	19,712	37,668

Cuadro 7.8: Agentes financiadores x Funciones

Function	Agente Financiador						Total
	HF.1.1.1.1 MDS	HF.1.1.1.3 MDD	HF.1.1.2 Gob. Reg.	HF.1.2 NIA	HF.2.1.1 GGI	HF.2.3 Hogares	
HC1.1 Hospitalizado curativo	4,108	3,946	23	15,353	60		23,490
HC1.3Ambulatori curativo	3,014	1,289	18	5,449	49	308	10,127
HC4 Servicios auxiliaes		981					981
HCR 1 Formación de capital	717	2,353					3,070
Gasto Total FA	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668
Compare contra FAxP	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668

Nota para los instructores

Refiérase a las transparencias 21 y 22 de la presentación 7c para explicar estos cuadros.

Question 6
Providers by Function table

Function	Provider			Total
	HF.1.1.1.1 MOH General Hospitals	HF.1.1.1.2 Ministry of Defense Hospitals	HF.1.1.1.3 Regional Govt. General Hospitals	
HC1.1 Inpatient Curative	7,125	3,946	12,419	23,490
HC1.3 Outpatient Curative	1,545	1,289	7,293	10,127
HC4 Ancilliary Services		981		981
HCR 1 Capital Formation	717	2,353		3,070
Total Provider Spending	9,387	8,569	19,712	37,668
Check against FAxP	9,387	8,569	19,712	37,668

Financing Agents by Function Table

Function	Financing Agent						Total
	HF.1.1.1 Ministry of Health	HF.1.1.1.3 Ministry of Defense	HF.1.1.2 Regional Govt.	HF.1.2 NIA	HF.2.1.1 Government Employee Insurance Programme	HF.2.3 Private Household out-of-pocket	
HC1.1 Inpatient Curative	4108	3,946	23	15,353	60		23,490
HC1.3 Outpatient Curative	3014	1,289	18	5,449	49	308	10,127
HC4 Ancilliary Services		981					981
HCR 1 Capital Formation	717	2,353					3,070
Total FA spending	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668
Check against FAxP	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668

Total inpatient expenditures as a percentage of THE	62.36%
Total outpatient expenditures as a percentage of THE	26.88%
Total ancilliary services expenditures as a percentage of THE	2.60%
Total capital formation expenditures as a percentage of THE	8.15%

Implementation Process. Primer for Policymakers. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc. (Mayo). (NHA Resources CD)

Unidad 7
Presentación de transparencias

1

PHRplus

Unidad 7a: Estudio de Caso I de Susmania – Completar el Cuadro FS x HF

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.U.U. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philosenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivo de aprendizaje

- Adquirir experiencia práctica en completar tablas de FS x HF a partir del estudio de caso de Susmania.

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

El entrenador debe mencionar que el estudio de caso Susmania ha sido adaptado del estudio de caso Appia que aparece en la «NHA Producers' Guide».

3

Visión general de Susmania

- ▲ País pequeño, de ingresos bajos a medios
- ▲ Gobierno autocrático centralista en el pasado; recientemente, ha llevado a cabo cierto nivel de descentralización y algunas reformas
- ▲ Tiene un nuevo gobierno, primer ministro y varios ministerios
- ▲ La moneda local es el "Cruton" (Cr)

4

Estructura del gobierno en cuanto a salud

- ▲ Gobierno Central: MDF, MDS, MDE, MDD, Agencia Nacional de Prevision (ANP)
- ▲ Empreza paraestatal: Azap, compania electrica del pais
- ▲ Gob. Local: Establecido en 4 regiones; tiene su propia autoridad tributaria; el ingreso regional por impuestos es complementado por aportes del gobierno central.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Responsable de la ANP en la administración del Seguro de Salud Nacional.

5

Estructura del sistema de salud

- La mayoría de los hospitales y policlínicos son propiedad del govierno.
  - Las clínicas y hospitales de atención primaria son de propiedad regional
  - Las clínicas y hospitales de atención secundaria y terciaria son del MDS y operados por éste.
- EL MDD posee y opera sus propios hospitales para personal militar y sus familiares.
- Algunos nuevos hospitales y clínicas privados han surgido como resultado de las reformas.
- En las regiones interiores hay una gran demanda de curanderos tradicionales.
- Algunos (pocos) empleadores tienen clínicas internas para sus trabajadores.
- La mayoría de los medicamentos de pacientes externos son adquiridos en farmacias de la comunidad

6

Estructura del sistema de salud (sigue)

- Seguro de Salud: La población completa está cubierta por la ANP
  - La ANP está financiada por
    - Impuestos sobre la renta
    - Pagos del MDS (transferencias presupuestarias)
    - Co-pagos
  - La ANP sólo cubre servicios prestados en instituciones estatales.
- Los empleadores ofrecen seguro adicional para cubrir co-pagos y atención administrada en establecimientos no estatales.
- Los individuos pueden comprar su propio seguro adicional.
- Asistencia Externa:
  - Los establecimientos de las ONG´s locales financiados con fondos de donantes.
  - Tiene donantes internacionales, tales como MSF, Red Crescent, Project Hope.

7

Motivación política para las CNS

1. Comprender cual es la carga financiera de los hogares para atender su salud
2. Entender hasta que punto las CNS realmente muestran los gastos en salud de la población
3. Proporcionar informes a las agencias de cooperación y bancos internacionales de financiamiento para evaluar la eficiencia de los prestamos
4. Responder a los requerimientos de estadísticas de salud de la OMS y otras agencias nacionales e internacionales

8

Tabla FS x HF para Susmania

Como miembro del equipo de CNS de Susmania, usted ha completado los cuatro pasos iniciales (1. Comenzar en el centro, 2. Identificar HF, 3. Tipo de gasto, 4. Estimación de montos para cada HF)

Código CNS	ENTIDAD	Gasto
FS.1.1.1.1	MdS	32,096
FS.1.1.1.2	MdE	329
FS.1.1.1.3	MdD	635
FS.1.1.2	Gobierno regional	21,015
FS.1.2	ANP	60,837
FS.2.1.1	Programas previsionales para empleados estatales	563
FS.2.1.2	Programas previsionales de empleadores privados	2,130
FS.2.2	Compañías de seguro privadas (aparte de Iseguro social)	3,280
FS.2.3	Pagos directos de bs llogares	82,092-90,734
FS.2.4	ONG	2,888
FS.2.5.2	Empresas y corporaciones no paraestatales privadas (aparte de Iseg	3,024
FS.2.5.1	Empresas paraestatales (Pzap)	1,905
FS.3	Resto del mundo	599

9 Punto inicial

FS x HF Table for Susmania

Agente financiador	Fuente de financiamiento							Total
	FS.1 Fondos Públicos			FS.2 Fondos Privados			FS.3 Fondos del Resto del Mundo	
	FS.1.1.1 Fondos del Gobierno Central			FS.2.1 Fondos de Empleadores	FS.2.2 Fondos de los Hogares	Subtotal Privado		
FS.1.1.1 MdS								32,096
FS.1.1.2 MdE								329
FS.1.1.3 MdD								635
FS.1.1.2 Gobierno regional								21,015
FS.1.2 ANP								60,837
FS.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales								563
FS.2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados								2,130
FS.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte del seguro social)								3,280
FS.2.3 Pagos directos de los hogares								82,092-90,734
FS.2.4 ONG								2,888
FS.2.5.2 Empresas privadas								3,024
FS.2.5.1 Comp. Paraestatal (Pzap)								1,905
FS.3 Resto del mundo								599
Suma Tentativa								
Total Informado								

NOTAS DEL EXPOSITOR

Mencione las Transferencias Directas

Mencione las «Categorías Nacionales» agregada bajo el término CICS de «Gobierno Central».

Refiérase al cuadro inicial del ejercicio FS x HF. Señálele a la clase que los totales de HF en esta transparencia ya han sido ingresados en este cuadro por el equipo de CNS.

Entregue las hojas de respuestas a medida que completan las preguntas o complete las respuestas en las transparencias y entregue el conjunto de hojas de respuesta s al final del ejercicio.

10

Cuadro FS x HF para Susmania Ejercicio

- Comience a desagregar los gastos de HF por Fuentes: Fondos públicos, fondos privados, fondos del resto del mundo.
  1) Comience con los HF gubernamentales:
     - EL MDE y el MDD obtienen sus fondos sólo del MDF.
     - El MDS obtiene sus fondos sólo de dos fuentes: MDF y donantes. Los donates entregaron 1,538 Cr al MDS.
     - ¿Qué celdas puede completar para el MDE, MDD, y MDS basándose en la información de más arriba?
  2) El MDS es normalmente un HF pero también puede ser una fuente; por ejemplo, le otorga subvenciones a gobiernos regionales (986 Cr) y a la ANP (1,106 Cr).
     - ¿Dónde asigna usted los fondos de subvención?
     - ¿Cómo reduce la figura de HF para el total del MDS?
     - Complete las POSIBLES celdas restantes para el MDS como HF.

11

Agentes Financiadores	Fuentes de Financiamiento							Total
	FS.1 Fondos Públicos			FS.2 Fondos Privados			FS.3 Fondos de Resto del Mundo	
	FS.1.1.1 Rentas del Gobierno Central			FS.2.1 Fondos de Empleadores	FS.2.2 Fondos de los Hogares	Subtotal Privado		
	FS.1.1.1 Mdf	FS.1.1.2 Mdf $						
FS.1.1.1.1 MdS	28,168						1,538	30,106
FS.1.1.1.2 MdE	329							329
FS.1.1.1.3 MdD	635							635
FS.1.1.2 Gobierno regional		986						21,015
FS.1.2 ANP		1,106						60,231
FS.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales								563
FS.2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados								2,130
FS.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte de Seguro social)								3,230
FS.2.3 Pagos directos de los hogares								92,092- 60,134
FS.2.4 ONG								2,838
FS.2.5.2 Empresas privadas								3,024
FS.2.5.1 Comp. Parares tat. (Apap)								1,905
FS.3 Resto del mundo								500
Suma Tentativa								
Total revisado								

Notas del expositor

1a) Para las celdas del MDE y del MDD:

Puesto que usted sabe que el MDE y el MDF obtienen sus fondos de una sola fuente, puede repetir sus totales de fila en las celdas Gobierno Central x MDE y Gobierno Central x MDE.

Coloque 329 para MDE en la celda Gobierno Central x MDE

Coloque 635 para MDD en la celda Gobierno Central x MDD

Para las celdas del MDS:

Puesto que usted sabe que los donantes entregaron 1538 Cr al MDS, puede colocar este monto en la celda Resto del mundo x MDS.

Dado que usted también sabe que el MDS obtiene sus fondos sólo de dos fuentes, se deduce que los fondos restantes total del MDS (32096) – monto entregado por los donantes (1538) = 30558 recibidos por el MDS deben ser colocadas en la celda Gobierno Central x MDS (30558).

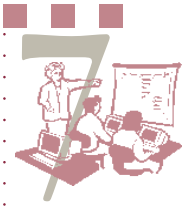
2a) Puesto que en este caso el MDS es una fuente de financiamiento, es necesario crear una segunda columna con Ingresos del Gobierno. Esta segunda columna será «S.1.1.2 MDS» y la primera columna será «S.1.1.1 MDF» (asegúrese que los números para la primera pregunta sean colocados en esta columna).

Coloque el monto 986 para donaciones en la celda MDS x Gobierno Regional.

Coloque el monto 1.106 para donaciones en la celda MDS x ANP.

2b) En la lista original de gastos totales para cada grupo de interés, el MDS informó que gastó 32096 Cr. Este monto fue automáticamente transferido a la celda de total de celda para el MDS como HF. Ahora bien, como el MDS también partió actuando como fuente, debe reducirse el total de fila para el MDS en tanto que HF. Usted tendrá que restar estos gastos como fuente (986 + 1106 = 2092) del monto 32096. Por ende, el nuevo total del MDS como HF es 32096 – 2092 = 30004.

2c) Con este nuevo total para el MDS como HF, tendrá que ajustarse el monto previamente estimado para MDF x MDS (estimado restando total de fila de MDS – monto de fila). Use el nuevo total de fila de MDS y réstele el monto de fila. Eso nos da: 30004 – 1538 = 28466.



12

Ejercicio

3. **Su equipo descubre que el MDS reembolsa 11,772 Cr a gobiernos regionales. Por sus servicios hospitalizarios para cesantes (en nombre del MDS). Los gobiernos regionales obtienen sus fondos a partir de impuestos regionales y del MDS**
   a) **¿Cuál es el agente financiador en este caso? ¿El MDS o el gobierno regional?**
   b) **Este monto (11,772 Cr) ha sido contabilizado dos veces: una vez con el MDS y otra vez por los gobiemos regionales. ¿Cómo se elimina la doble cuenta de los gobiernos regionales?**
   c) **Con el monto remanente para los gobiemos regionales (es decir, no asignados a subvenciones o reembolsos), ¿dónde coloca esta cifra?**

NOTAS DEL EXPOSITOR

MDS como fuente o HF (dependiendo de quién tiene el control programático).

3a) MDS – El MDS efectivamente controla dónde es utilizado el dinero. El hospital gubernamental regional es meramente un conducto encargado de realizar un trabajo específico para el MDS.

3b) Pregúntele a la clase si pueden ver por qué este monto ha sido contabilizado dos veces . Uno de los participantes debe explicárselo al resto de la clase. Reste 11772 del total regional original (21015 Cr – 11772) = 9243.

3c) Vuelva a señalar que los gobiernos regionales reciben sus fondos sólo de dos fuentes: sus impuestos regionales y las donaciones del MDS (pregunta 2). La clase debe ahora resolver dónde se debe colocar el monto restante para completar la fila del gobierno regional. Cree una columna fuente de financiamiento para el monto restante (monto generado por los impuestos locales): 9243-(986)=8257.

13

P3

Agente financiador	Fuente de financiamiento							Total
	FS.1 Fondos Públicos			FS.2 Fondos Privados			FS.3 Fondos de Resto del Mundo	
	FS.1.1.1 Fondos del Gobierno Central		FS.1.1.2 Fondos del Gobierno Regional	FS.2.1 Fondos de Empleadores	FS.2.2 Fondos de los Hogares	$ Ahorro Privado		
	FS.1.1.1.MF	FS.1.1.2.Mds						
FS.1.1.1.MC	28,466						1,538	30,000
FS.1.1.2.MME	329							329
FS.1.1.3.MMD	635							635
FS.1.1.2 Gobierno regional		986	8,257					9,243
FS.1.2 PNP		1,106						60,831
FS.2.1.1 Programas previsionales para empleados activos								563
FS.2.1.2 Programas previsionales de empleados privados								2,130
FS.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte de la seguro social)								3,280
FS.2.3 Pago directo de los hogares								82,092 90,133
FS.2.4 ONG								2,888
FS.2.5.2 Empresas privadas								302
FS.2.5.1 Comp. Para el Ahorro								1,905
FS.3 Resto del mundo								599
Cuota Tentativa								
Total financiado								

14

Ejercicio

4. ANP

¿Dónde pondría usted el "ingreso por intereses" (566 Cr), que es utilizado para ayudar a pagar los beneficios y gastos administrativos de la ANP?.

La ANP no tiene registros respecto de qué porcentaje es recibido por los empleadores y empleados. Sin embargo, usted sabe que la norma del país es una relación 3:1 entre empleadores y empleados.

Asigne el monto remanente entre empleadores y empleados (excluyendo el ingreso por intereses y la subvención del MDS). Recuerde que esto es una ESTIMACIÓN.

NOTAS DEL EXPOSITOR

4a) Cree nuevamente «otra» categoría dentro de las columnas de fuentes públicas (FS1.2 otros fondos públicos). El ingreso por intereses también se incluye porque es utilizado para beneficios de salud de los beneficiarios (en otras palabras, es un gasto de salud).

4b) 60837-(1106 + 566) = 59.165 / 4 = 14.791 -contribuciones de los empleados y hogares.

Por ende, los fondos del empleador serán equivalentes a: 14791 x 3 = 44.374.

15 Q4

Agentes financiadores	Fuentes de financiamiento							Total
	FS.1 Fondos Públicos				FS.2 Fondos Privados			
	FS.1.1.1 Fondos del Gobierno Central		FS.1.1.2 Fondos del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS.2.1 Fondos de Empleadores	FS.2.2 Fondos de los Hogares	FS.3 Fondos de Resto del Mundo	
	FS.1.1.1 FNIF	FS.1.1.2 FNIS						
FS.1.1.1.1 MIS	28,466						1,538	30,004
FS.1.1.1.2 MIE	329							329
FS.1.1.1.3 MID	635							635
FS.1.1.2 Gobierno regional		908	8,257					9,245
FS.1.2 ANP		1,106		566	44,374	14,791		60,837
FS.2.1.1 Programas prestacionales para empleados estatales								563
FS.2.1.2 Programas prestacionales de empleadores privados								2,130
FS.2.2 Instituciones prestacionales privadas (aparte del seguro social)								3,380
FS.2.3 Pagos directos de los hogares								92,020-90,734
FS.2.4 ONG								2,888
FS.2.5.2 Empresas privadas								3,024
FS.2.5.1 Comp. farmacéutal (Pcap)								1,905
FS.3 Resto del mundo								599
Suma Tentativa								
Total a mirmar								

16

Ejercicio

5. Programas de seguros para empleados (PPE) (un programa SOLO para empleados estatales), recibe fondos del Estado y de los empleados.
   - El PPE es incapaz de distinguir entre contribuciones del empleador y contribuciones del empleado. ¿Cómo distribuiría su total de 563Cr?
   - Las reglas relativas al financiamiento establecen que 25% de los fondos deben ser aportados por los empleados y el remanente por el empleador.

NOTAS DEL EXPOSITOR

5) PPE multiplique 0,25 x 563= 141= Contribución del empleado; y 0,75x563=422= Contribución del empleador. El gobierno puede ser el empleador privado en este caso.

17

Ejercicio

6. Programas de seguros de empleadores privados (PPP)
   - El PPP es también incapaz de distinguir entre contribuciones del empleador y del empleado. ¿Cómo asignaría usted temporalmente su total de 2,130 Cr?.
7. ¿Qué fuente financia el seguro privado individual (3,280 Cr) y dónde colocaría este monto?.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Observe que la relación de contribución entre empleador y empleado es 3 a 1 es sólo para el sector público. Se desconoce dicha relación para el sector privado, así que por el momento distribuiremos 2130 Cr entre empleadores y empleados/hogares como 'x' y '2130-x'

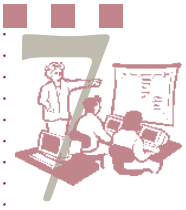
6) Coloque 2130 –x en la celda Hogares x Seguro del Empleador Privado.

Coloque la 'x' en la celda Empleador x Seguro del Empleador Privado. Esta es una medida provisional.

7) Coloque 3280 en la celda Hogares x Seguro Individual Privado.

18

Agentes Financiadores	Fuentes de Financiamiento						Resto del Mundo	Total
	FS.1 Fondos Públicos				FS.2 Fondos Privados			
	FS.1.1.1 Fuentes del Gobierno Central		FS.1.1.2 Fuentes del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS.2.1 Fondos del Empleador	FS.2.2 Fondos de los Hogares		
	FS.1.1.1 MdF	FS.1.1.2 MdS						
FS.1.1.1 MdS	28,566						1,538	30,104
FS.1.1.2 MdE	329							329
FS.1.1.3 MdD	635							635
FS.1.1.2 Gobierno regional		986	8,251					9,243
FS.1.2 ANP		1,106		566	55,715	1,591		60,831
FS.2.1.1 Programas prestacionales para empleados estatales					522	151		563
FS.2.1.2 Programas prestacionales de empleadores privados					X	2,130-X		2,130
FS.2.2 Instituciones prestacionales privadas (aparte del seguro social)						3,280		3,280
FS.2.3 Pagos directos de los hogares								82,092-90,135
FS.2.4 ONG								2,888
FS.2.5.2 Empresas privadas								3,025
FS.2.5.1 Comp. Planes tal. (Apap)								1,905
FS.3 Resto del mundo								599
Suma Tentativa								
Total Ajustado								



19

Ejercicio

8. Su equipo ahora descubre que la cifra de la encuesta de hogares para gasto de seguro varia significativamente de las estimaciones entregadas por las compañías de seguros (recién registradas en las preguntas anteriores).
   - La encuesta de hogares indica:
   - 14,000 Cr a ANP.
   - 2,200 Cr a programas previsionales de empleadores privados.
   - 3,450 Cr a seguro individual privado.
   - ¿Qué deberia hacer con estas estimaciones conflictivas?

NOTAS DEL EXPOSITOR

Técnica para lidiar con dos estimaciones que no concuerdan entre sí: Por ahora, coloque las estimaciones de los Hogares en la misma celda que las estimaciones anteriores del seguro y luego regrese a reconciliar las diferencias.

20

Agentes Financiadores	Fuentes de Financiamiento							
	FS.1 Fondos Públicos				FS.2 Fondos Privados			
	FS.1.1.1 Rentas del Gobierno Central		FS.1.1.2 Rentas del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS.2.1 Fondos del Empleador	FS.2.2 Fondos de los Hogares	Resto del Mundo	Total
	FF.1.1.1 RMF	FF.1.1.2 RMS						
FS.1.1.1.1 MIS	28,466						1,538	30,004
FS.1.1.1.2 MIE	339							339
FS.1.1.1.3 MID	635							635
FS.1.1.2 Gobierno regional		986	8,257					9,243
FS.1.2 ANP		1,106		566	44,374	14,791 (14,000)h		60,837
FS.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales					422	141		563
FS.2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados					x	2130-x (2,200)h		2,130
FS.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte del seguro social)						3,350 (3,450)h		3,350
FS.2.3 Pagos directos de los hogares								82,192-90,734
FS.2.4 ONG								2,888
FS.2.5.2 Empresas privadas								3,024
FS.2.5.1 Corp. Paraestat. (Pcap)								1,905
FS.3 Resto del mundo								589
Suma Tentativa								
Total con Resto								

21

Ejercicio

9. ONG
   - Reciben 1,653 Cr de los donantes.
   - Reciben 1,235 Cr de filantropia local.
   - Ingrese estas estimaciones en la tabla.

NOTAS DEL EXPOSITOR

9a) Ingrese 1653 en la celda FS.3 Resto del Mundo x HF2.4 ONG.

9b) Ingrese 1235 e la celda FS2.3 Instituciones sin fines de lucro que atienden a individuos x HF2.4 ONG.

22

Agentes financiadores	Fuentes de Financiamiento								
	FS.1 Fondos Públicos				FS.2 Fondos Privados			FF2	
	FS.1.1.1 Rentas del Gobierno Central		FS.1.1.2 Rentas del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS.2.1 Fondos del Empleador	FS.2.2 Fondos de los Hogares	FS.2.3 Instituciones sin fines de lucro	Fondos Resto del Mundo	Total
	FF.1.1.1 MdF	FF.1.1.2 MdS							
FS.1.1.1 MdS	28,000							1,653	30,000
FS.1.1.2 MdE	329								329
FS.1.1.3 MdD	695								695
FS.1.2 Gobierno regional		693	8,251						9,243
FS.1.2 APP		1,069		500	14,371	14,191 (14,000)h			60,331
FS.2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales					422	141			563
FS.2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados					x	2,130-x (2,200)h			2,130
FS.2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte del seguro social)						3,280 (3,150)h			3,280
FS.2.3 Pagos directos de los hogares									32,042-60,131
FS.2.4 ONG							1,235	1,659	2,893
FS.2.5.2 Empresas privadas									3,024
FS.2.5.1 Comp. Ganancias (Pcap)									1,005
FS.3 Resto del mundo									560
Suma Tentativa									
Total estimado									

23

Ejercicio

10. Resolver la relación de distribución del seguro privado entre hogares y empleadores (x)
    - Una encuesta de empleadores muestra una segunda estimación de primas pagadas a seguros privados y también muestra la distribución de estas primas en términos de empleador-empleado. Una segunda encuesta de empresas muestra otra estimación de (1/3empleador/ 2/3 hogares)

NOTAS DEL EXPOSITOR

Para los empleadores, 2130/3=710, para los empleados 2130-710=1420. Puesto que a este nivel no sabemos si esta encuesta es más exacta que la encuesta de los hogares, las estimaciones de la encuesta de los hogares y de las empresas se encuentran en la misma celda.

24

Ejercicio

11. Ingresos de datos simples
    - Azap informa que sus fondos (1,905 Cr) provienen en su totalidad de sus propias utilidades.
    - Las empresas gastan 3024Cr en sus propias instalaciones.
    - MSF (donante) financia sus propias instalaciones a un costo de 599Cr.
    - ¿Dónde ingresa estos montos?

NOTA PARA LOS INSTRUCTORES

El cuadro de las CNS que va con el ejercicio 11 es el mismo cuadro que va con el ejercicio 12.

NOTAS DEL EXPOSITOR

11a) Se coloca 1905 en la celda Empleadores (FS.2.1) x Paraestatales (HF.2.5.1). Puede que algunos países prefieran colocar a las empresas paraestatales separadamente como fuentes bajo fondos públicos.

11b) Se coloca 3204 en la celda Fondos del Empleador (FS.2.1) x Empresas Privadas (HF.2.5.2).

11c) Se coloca 599 en la celda (FS.3) Resto del mundo x Resto del mundo (HF.3).

25

Ejercicio

12. Iniciando el proceso de lograr consistencia entre los datos
    a) ¿Hacer una suma tentativa de las columnas?
    b) Después de hacer la suma tentativa usted se entera que otra estimación para el monto total financiado por los donantes (como fuentes) es equivalente a 8180Cr. Coloque esto en la fila "total estimado".

NOTAS DEL EXPOSITOR

Proceso de reconciliación = haga una fila «suma tentativa» y una fila « total estimado».

26

Agentes financiadores	Fuentes de Financiamiento								
	FS.1 Fondos Públicos				FS.2 Fondos Privados			FS3	
	FS.1.1.1 Rentas del Gobierno Central		FS.1.1.2 Rentas del Gobierno Regional	FS.1.2 Otros Fondos Públicos	FS2.1 Fondos del Empleador	FS2.2 Fondos de los Hogares	FS2.3 Instit. Sin Fines de lucro	Fondos Resto del Mundo	Total
	FF.1.1.1 MdF	FF.1.1.2 MdS							
FS.1.1.1 MdS	28,000							1,533	30,000
FS.1.1.2 MdE	339								339
FS.1.1.3 MdD	695								695
FS.1.1.2 Gobierno regional		889	8,251						9,140
FS.1.2 AAP		1,106		500	44,371	14,091 (14,000)h			60,237
FS2.1.1 Programas previsionales para empleados estatales					522	141			563
FS2.1.2 Programas previsionales de empleadores privados					110	1,520 (2,200)h			2,130
FS2.2 Instituciones previsionales privadas (aparte del seguro social)						3,330 (3,600)h			3,330
FS2.3 Pagos directos de los hogares									82,002-90,134
FS2.4 ONG							1,235	1,653	2,888
FS2.5.2 Empresas privadas					3,024				3,024
FS2.5.1 Comp. Farmacéut. (Pcsaj)					1,405				1,405
FS.3 Resto del mundo								500	500
Suma Tentativa	29,034	2,002	8,251	500	50,435	?	1235	3,160	
Total estimado								8,160	

27

Ejercicio

13. Para reconciliar montos
    - Usted se entera que el informe de la ANP es más confiable que las estimaciones de la encuesta de hogares porque tiene sistemas de contabilidad rígidos.
    - ¿Qué estimaciones debería conservar?
    - También se informa de que la encuesta de compañías de seguro tiene una tasa de respuesta más alta que la encuesta de hogares y, por ende, es más confiable.
    - ¿Cuál estimación debería conservar?

NOTAS DEL EXPOSITOR

13a) Mantenga la estimación de la ANP de 14791 (celda FS.2.2 x HF.1.2 ANP) y 3280 (celda Seguro Individual Privado)

13b) Mantenga el 710 (FS2.1 Empleador x HF.2.1.2 PPP) y 1420 (FS.2.2 Hogares x HF.2.1.2 PPP)

28

Ejercicio

13. Para lograr consistencia entre los montos (sigue)
    - ¡El equipo de CNS completa el análisis de la encuesta de hogares de Susmania!. Esto causa gran alegría y el equipo anuncia que las contribuciones directas de los hogares ascendieron a 86,413 Cr. ¡Enhorabuena!. Ingrese este monto en el lugar indicado.
    - Tras reexaminar el monto de gastos de donantes (8,180 Cr), usted advierte que la estimación incluye gastos de alimentación y saneamiento. ¿Cuál estimación debería usted llevar (8,180 Cr o la estimación basada en la suma tentativa)?

NOTAS DEL EXPOSITOR

13c) Esta es una entrada simple de datos. Ingrese 86413 en la celda FS.2.2 Hogares x HF.2.3 Hogares.

13d) Mantenga la estimación de 3790 porque los gastos de alimentación y saneamiento son gastos relacionados con la salud y no gastos directos en salud.

29

Ejercicio

14. Para lograr consistencia entre los montos (sigue)
    - ¡El equipo de CNS completa el análisis de la encuesta de hogares de Susmania!. Esto causa gran alegría y el equipo anuncia que las contribuciones directas de los hogares ascendieron a 86,413 Cr. ¡Enhorabuena!. Ingrese este monto en el lugar indicado.
    - Tras reexaminar el monto de gastos de donantes (8,180 Cr), usted advierte que la estimación incluye gastos de alimentación y saneamiento. ¿Cuál estimación debería usted llevar (8,180 Cr o la estimación basada en la suma tentativa)?

30

Agentes Financiadores	Fuentes de Financiamiento								
	FF.1 Fondos Públicos				FF.2 Fondos Privados			FF.3	
	FF.1.1.1 Rentas del Gobierno Central		FF.1.1.2 Rentas del Gobierno Regional	FF.1.2 Otros Fondos Públicos	FF.2.1 Fondos del Empleador	FF.2.2 Fondos de los Hogares	FF.2.3 Instit. Sin Fines de lucro	Fondos Resto del Mundo	Total
	FF.1.1.1 RM F	FF.1.1.2 RM S							
FF.1.1.1.1 MIG	28,466							1,538	30,004
FF.1.1.1.2 MIE	329								329
FF.1.1.1.3 MID	635								635
FF.1.1.2 Gobierno regional		938	8,257						9,249
FF.1.2 RM		1,106		566	44,374	14,791			60,837
FF.2.1.1 Programas prestaciones para empleados estatales					423	141			563
FF.2.1.2 Programas prestaciones de empleadores privados					710	1,420			2,130
FF.2.2 Instituciones prestaciones privadas (aparte del seguro social)						3,330			3,330
FF.2.3 Pagos directos de los hogares						86,413			86,413
FF.2.4 ONG							1,235	1,653	2,888
FF.2.5.2 Empresas privadas					3,024				3,024
FF.2.5.1 Corp. Paraestat. (Pcap)					1,905				1,905
FF.3 Resto del mundo								569	569
Suma Tentativa	29,430	2,042	8,257	566	50,435	106,045	1,235	3,760	201,850
Total resto mundo								8,180	

1

PHRplus

Unidad 7b: Estudio de Caso II de Susmania – Interpretación de los resultados de la encuesta para el cuadro HF x P

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.U.U. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philosenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

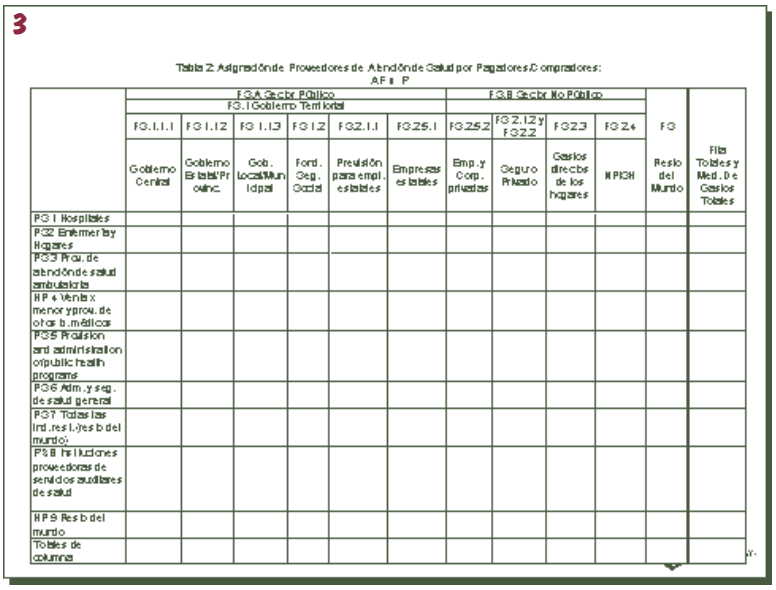
Objetivo de aprendizaje

- Poder examinar las respuestas en los cuestionarios de CNS y determinar cuáles son relevantes para la tabla Agente Financiador x Proveedor

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

El instructor debe solicitar a la clase que se refiera al cuestionario de Susmania. Este cuestionario ha sido adaptado del que aparece en la Guía del Productor.



3

Tabla 2: Asignación de Proveedores de Atención de Salud por Pagadores/Compradores:
AF x P

	FG.A Sector Público						FG.B Sector No Público					
	FG.1 Gobierno Territorial											
	FG.1.1.1	FG.1.1.2	FG.1.1.3	FG.1.2	FG.2.1.1	FG.2.5.1	FG.2.5.2	FG.2.1.2 y FG.2.2	FG.2.3	FG.2.4	FG Resto del Mundo	Filas Totales y Med. De Gastos Totales
	Gobierno Central	Gobierno Estatal/Provincial	Gob. Local/Municipal	Fond. Seg. Social	Previsión para empl. estatales	Empresas estatales	Emp. y Corp. privadas	Seguro Privado	Gastos directos de los hogares	NPISH		
PG.1 Hospitales												
PG.2 Enfermería y Hogares												
PG.3 Prov. de atención de salud ambulatoria												
HP 4 Venta x menor y prov. de otros b. médicos												
PG.5 Provision and administration of public health programs												
PG.6 Adm. y seg. de salud general												
PG.7 Todas las Inst. resi. (resto del mundo)												
P&B Instituciones proveedoras de servicios auxiliares de salud												
HP 9 Resto del mundo												
Totales de columnas												

NOTAS DEL EXPOSITOR

Un recordatorio de la apariencia de un cuadro HF x HP y de los tipos de datos que será necesario ingresar una vez interpretados los datos de las encuestas.

*NPISH = Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares

4

Ejercicio de HF x P

- Observe el Cuestionario de Seguro de Salud (Muestra 7b.1)
  - 1a) Clasifique los términos "en negrita" según los códigos de la OCDE.
  - 1b) Como puede observar a partir del cuadro superior, las compañías de seguro no pudieron desagregar los beneficios entre pólizas de tipo "Grupal" e "Individual". ¿Cómo separaría usted esos montos?

Notas del expositor

El instructor mostrará algunos ejemplos de encuestas que ilustran la idea de gasto agregado para una determinada entidad de atención de salud. En los próximos ejercicios, los participantes tendrán que interpretar las cifras brutas de las encuestas y explicar cómo se relacionan con el cuadro HF x HP.

Sería útil que el instructor escriba las respuestas en el rotafolio a medida que son discutidas.

(Nota: en las copias de las encuestas, las cruces=círculos).

1a) HP.1.1.2 Hospitales generales privados; HP.1.1.2.1 Hospitales generales privados con fines de lucro; HP.1.1.2.2 Hospitales generales privados sin fines de lucro

HP.3.4.5 Todos los otros centros de servicio cooperativo y multiespecializados de atención ambulatoria; HP.3.4.5.1 Centros de salud privados con fines de lucro; HP.3.4.5.2 centros de salud privados sin fines de lucro

1b) La distribución de los miembros afiliados en pólizas colectivas y pólizas individuales es 32% y 68% respectivamente.

Utilizamos esta relación para distribuir los desembolsos de los hospitales privados y de las clínicas.

Hospitales privados con fines de lucro: 39,36 = 0,32 x 123 para colectivas y 83,64 para individuales

Otros centros de salud privados con fines de lucro: 69,12 para colectivas y 146,88 para individuales

Hospitales privados sin fines de lucro: 140 para colectivas y 297 para individuales

Otros centros de salud privados sin fines de lucro: 326,4 para colectivas y 69,3 para individuales

5

Ejercicio (sigue)

- Observe la Encuesta de empleadores (Muestra 7b.2)
  - 2a) ¿Cuál de las dos estimaciones de de gasto provistas en esta encuesta debería colocarse en la tabla HF x P?
  - 2b) ¿ Cómo la clasificaría (en tanto que proveedor)? ¿ Qué códigos de la OCDE utilizaría?

NOTAS DEL EXPOSITOR

2a) 3024, porque este gasto corresponde al monto que la empresa gastó en servicios de salud in situ. Por ende, la empresa es un HF.

2b) Para esta pregunta, la clase tendrá que examinar la encuesta para ver qué tipo de servicios de salud presta una empresa dentro de sus instalaciones. Nos enteramos que la empresa presta atención ambulatoria in situ. Por lo tanto, la clasificación es HP 3.4 O BIEN HP.3.4.5 Todos los otros centros de servicio cooperativo y multiespecializados de atención ambulatoria.

6

Ejercicio (sigue)

- Observe la ayuda externa (Muestra 7b.3)
  - 3a) ¿ Cuáles de los gastos que aparecen en la encuesta deberían ser colocados en la tabla HF x P?
  - 3b) ¿Cómo la clasificaría?

NOTAS DEL EXPOSITOR

3a) Para responder esta pregunta, la clase tendrá que examinar todos los tipos de gastos que aparecen en la lista y determinar de dónde proviene el dinero y hacia dónde va. Sólo se pondrán en el cuadro HF x HP los montos entregados a un proveedor. Respuesta: Hospital general (599).

3b) HP.1.1.2.1 Hospital de ONG, esto es asumiendo que HP1.1.2 se refiere a los hospitales generales privados (HP.1.1.1 correspondería a los hospitales públicos).

7

Ejercicio (sigue)

- Observe la muestra 7b.4
  - 4a) ¿ Cuáles de las categorías de gastos pueden colocarse en la tabla HF x P?
  - 4b) Usted se ha enterado a través de los registros de admisión de pacientes que los hogares visitan las clínicas privadas en lugar de las clínicas públicas en una relación de 3:2 y que visitan los hospitales privados vs. los hospitales públicos en una relación de 2:3
    - ¿ Cómo distribuiría los copagos en los hospitales y policlínicos entre instituciones públicas y privadas ?

Notas del expositor

4a) Este es un buen ejercicio para aprender a distinguir entre diferentes gastos que caben dentro del formato de CNS, es decir, todas las transacciones excepto los pagos a la ANP y los pagos por concepto de seguro médico privado.

4b) El objetivo de esta pregunta es ver el valor de los datos cuando se realizan estimaciones acerca de gastos:

Para clínicas: privadas 3: públicas 2

11965 (copagos en los policlínicos) / 5 = 2393

Para obtener gastos privados: 2393 x 3 = 7179

Para obtener gastos públicos: 2393 x 2 = 4786

Para hospitales: privados 3: públicos 2

13643 (copagos en los hospitales) / 5 = 2728,6

Para obtener gastos privados: 2728,6 x 3 = 5457,20

Para obtener gastos públicos: 2728,6 x 2 = 8185,80

1

PHRplus

Unidad 7c: Estudio de Caso II de Susmania para completar los cuadros HF x Func y P x Func

USAID

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philosenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivo de aprendizaje

- Adquirir experiencia práctica en completar los cuadros FA x Func y P x Func.

Nota: Esto no es una continuación del ejercicio anterior sobre Susmania y en este caso se utilizan nuevas estimaciones de gastos.

PHRplus

3

Ejercicio

1. El equipo de CNS considera que sería más fácil iniciar esta estimación intentando armar una tabla de combinación "Agentes Financiadores x Proveedores y Función".
   - El primer paso es organizar los encabezados generales de filas y columnas. (Esto ya ha sido hecho para usted)

NOTAS DEL EXPOSITOR

Mencione que el cuadro HF x HP no fue realizado en los ejercicios del estudio de caso de Susmania anterior.

4

Ejercicio

Hospital General Regional	Hogares	ANP	Seguro de Empleados Estatales
P. Internos	0	9422	60
P. Externos	201	4640	49
Total	201	14,062	109

5

Tabla Combinada de CNS del Sumario de Agente Financiador por Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador							
	FY1111 Ministerio de Salud	FY1113 Ministerio de Defensa	FY112 Gob. Reg.	HF12 ANP	FY2211 Programa provisional empleados estatales	FY23 Pagos directos de los hogares	Total	Verificar contra AFxP
HP1111 Hospitales generales MIN								
AX								
AX								
AX								
AX								
AX								
HP1112 Hospitales MMD								
AX								
AX								
AX								
AX								
AX								
AX								
HP1113 Hospitales generales regionales				14,062	109	201		
AX11C vertia pac. intern.				9,422	60			
AX13C vertia pac. extern.				4,640	49	201		
Total gasto AF	0	0	0	14,062	109	201	0	
Verificar contra AFxP								

PHRplus

6

Ejercicio (sigue)

- El equipo de CNS recibe mágicamente los totales de gastos para HF y proveedores (normalmente esto se obtendría una vez completada la tabla HF x P).
- Coloque estos totales (tal como aparecen en la siguiente transparencia) en las celdas correspondientes de su tabla de combinación.

PHRplus

7

Ejercicio (sigue)

Totales para Agentes Financiadores

Cód. CNS	Entidad	Gasto
FS.1.1.1.1	MDS	7,839
FS.1.1.1.3	MDD	8,569
FS.1.1.2	Gobierno regional	41
FS.1.2	ANP	20,802
FS.2.1.1	Seguro empleados estatales	109
FS.2.3	Pagos directos de hogares	308
	TOTAL	37,668

Totales para Proveedores

HP.1.1.1.1	Hospitales generales MDS	9,387
HP.1.1.1.2	Hospitales MDD	8,569
HP.1.1.1.3	Hospitales generales region	19,712
	TOTAL	37,668

NOTAS DEL EXPOSITOR

Este estudio de caso presenta una versión resumida de un posible cuadro para Susmania en la medida que no incluye a los curanderos tradicionales, a las clínicas de los empleadores, a las farmacias y a los hospitales de los donantes. .

8

Presupuesto 1
Tabla Combinada de CNS de Susmania de Agentes Financiadores y Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador							
	HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gob Reg	HF.1.2 ANP	HF.2.1.1 Programa previsional empleados estatales	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	Total	Verificar contra AF x P
HP.1.1.1.1 Hospitales generales del MdS								9,387
HC								
HC								
HC								
HC								
HP.1.1.1.2 Hospitales del MdD								8,569
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HP.1.1.1.3 Hospitales gen. regionales				14,062	109	201		19,712
HC.1.1 Cuentas. P. Internos				9,422	60			
HC.1.3 Cuentas P. Externos				4,640	49	201		
Total Gasto FA	0	0	0	14,062	109	201	0	37,668
Verificar contra FA x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

PHRplus

9

Ejercicio

2. **Los registros del hospital general del MDS reportan los siguientes totales (para todos los hospitales del DMZ combinados):**
   - Gastos administrativos generales (3,676 Cr). Le informan que la estimación incluye formación de capital equivalente a 717 Cr.
   - Los gastos TOTALES en pacientes internos ascendieron a 4,693 Cr,
   - Atención pacientes externos, 1,018Cr,
   - **Cómo va a asignar estas estimaciones en la tabla?**
     - a) ¿Dónde debe ir la estimación de formación de capital?
     - b) ¿Cómo se maneja la estimación de AG?
     - c) Finalmente, ¿dónde van las estimaciones de pacientes internos y externos?

PHRplus

NOTAS DEL EXPOSITOR

Recuerde que usted está buscando montos totales en los registros de los proveedores (esto incluye contribuciones de los FA relevantes).

2a) La estimación de 717 Cr se refiere a la formación de capital; ¿estamos ante un proveedor o una función? Respuesta: función. Por lo tanto, primero clasifíquelo como: HCR.1 Formación de capital (ubíquelo en la lista bajo proveedor). Por lo tanto el monto 717 Cr se ubica en la celda Total columna x Formación de capital en hospital del MDS. El instructor debe señalar que a este nivel no se sabe si el hospital está recibiendo sus fondos, por lo tanto las estimaciones deben colocarse en la celda de totales de fila.

2b) Por ende, los gastos de GS son equivalentes a 3676 – 717 = 2959; ¿pero cómo se clasifican los gastos de GA? En las CNS, los gastos de GA no tienen una categoría separada. Los gastos administrativos de un proveedor no se asignan a Función HC.7 (Administración de salud y seguro de salud), que sólo incluye los gastos relacionados con el MDS al nivel central y provincial (¡no proveedor!). Más bien, el monto 2959 se incluye como parte del costo de los servicios prestados. La estimación de 2959 de GA ha sido asignada a gastos de hospitalización y atención ambulatoria:

Usted se entera de que el gasto por hospitalización es equivalente a 82,2% del gasto total (hospitalización + atención ambulatoria solamente (4693+1018=5711) en los hospitales del MDS (4693 / 5711); por lo tanto el monto de GA que se suma al gasto de hospitalización es 0,822 x 2959 = 2432. Por lo tanto total hospitalización = 2431 + 4693 = 7125.

El gasto por atención ambulatoria es equivalente a 17,8% del gasto total (hospitalización + atención ambulatoria solamente (1018 / 5711) en los hospitales del MDS (4693 / 5711); por lo tanto el monto de GA que se suma al gasto de atención ambulatoria es 0,178 x 2959 = 527. Por lo tanto total atención ambulatoria = 527 + 1018 = 1545.

Recuerde de clasificar y agregar líneas para las categorías de hospitalización y atención ambulatoria. Hospitalización es HC1.1; por, lo tanto, el monto 7125 debe colocarse en la celda «total x Hospitalización en Hospitales del MDS».

La atención ambulatoria es HC1.3; por lo tanto el monto 1545 debe colocarse en la celda «total x Atención ambulatoria en Hospitales del MDS».

10

Tabla Combinada de CNS de Sustentabilidad de Agente Financiador por Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador							
	FY1111 Ministerio de Salud	FY1113 Ministerio de Defensa	FY1112 Gob Gen	FY1.2 ANP	FY2.1.1 Programas prov. ampl estatales	FY2.2.3 Pago directo de gastos	Total	Verificar contra x P / AF
HP1.1.1.1 Hospitales generales del MDS			Reg.				9,387	9,387
[illegible]							[illegible]	
[illegible]							[illegible]	
[illegible]							717	
HP1.1.1.2 Hospitales del MDD								3,549
AF								
AF								
AF								
AF								
AF								
AF								
FY1.1.1.3 Hospitales generales				[illegible]	109	201		19,712
AF 1.1.C uraiva P. Externos				9,422	60			
HC 1.3 C uraiva P. Externos				4,640	49	201		
Total gasto AF	0	0	0	14,062	109	201	9,387	37,648
Verificar contra AF x P	7,339	8,549	41	20,802	109	308	37,648	

PHRplus

11

Ejercicio

3. En términos de Agentes Financiadores que contribuyen a los hospitales del MDS,
   a) La encuesta de hogares arroja que los hogares pagan 107 Cr en hospitales del MDS y que el monto total es destinado a copagos a atención ambulatoria.
      ¿En qué lugar de la tabla colocará usted esta estimación?
   b) Usted se entera que la ANP ha reembolsado al MDS por los servicios incurridos por los beneficiarios de la ANP. El pago total de la ANP al MDS es de 6,740 Cr y 88% de este monto es destinado a atención curativa a pacientes internos y el resto a la atención curativa de pacientes externos (ambulatorios).
      - Coloque la contribución funcional de la ANP a los hospitales del MDS en las celdas correspondientes del cuadro

NOTAS DEL EXPOSITOR

3a) Coloque 107 en la celda Hogares x Atención ambulatoria del MDS.

3b) El reembolso de la ANP por Atención hospitalaria es 0,88 x 6740 = 5931. Coloque este número en la celda ANP x Hospitalización MDS.

El reembolso de la ANP por Atención ambulatoria es 0,12 x 6740 = 809. Coloque este número en la celda ANP x Atención ambulatoria MDS.

12

Ejercicio

3c) Usted descubre que el único contribuyente restante a los establecimientos del MDS es el propio MDS.

- ¿Cuál es el porcentaje de gastos del MDS correspondiente a sus hospitales?
- ¿Y cuál es el subsecuente desglose funcional? Usted descubre que el MDS carga con la totalidad de los costos de formación de capital para sus establecimientos.
- Verifique que las filas para los hospitales del MDS sean coherentes.

PHRplus

Notas del expositor

3c) Para determinar la participación del MDS: tome los totales de fila y résteles las contribuciones de los hogares y de la ANP.

Por lo tanto, el monto total contribuido por el MDS es igual a 9.387 - (107 + 6740) = 2540.

La contribución del MDS a la atención curativa hospitalaria es igual a 7125 - (0 + 5931) = 1194 (en la celda MDS x Hospitalización MDS)

La contribución del MDS a la atención curativa ambulatoria es igual a 1545 - (107 + 809) = 629 (en la celda MDS x atención ambulatoria MDS).

Coloque el monto 717 en la celda MDS x MDS HCR 1 Formación de capital.

13

Pregunta 3

Tabla Combinada de CNS de Usuarios de Agente Financiador por Proveedores x Función

Proveedor y Función	Agente Financiador							
	FY1111 Ministerio de Salud	FY1113 Ministerio de Defensa	FY1112 Gob. Reg.	FY12 ANP	FY211 Programas para empl. estatales	FY23 Pagos directos hogares	Total	Verificar contra FA x P
HP1111 Hospitales generales del MDS	2,540			6,740		107	9,387	9,387
HC 11 Curativa P. Internos	1194			5,931			7,125	
HC 13 Curativa P. Externos	629			809		107	1,545	
HC 31 Formación de capital	717						717	
HP1112 Hospitales de MAD								8,569
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HP1113 Hospitales generales regionales				14,062	109	201		19,712
HC 11 Curativa P. Internos				9,422	60			
HC 13 Curativa P. Externos				4,640	49	201		
Total Gasto FA	2,540	0	0	20,802	109	308	9,387	37,668
Verificar contra AF x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

PHRplus

14

Ejercicio

4. **Para hospitales regionales estatales:**
   a. **En cuanto a hospitales regionales, usted descubre que los gastos TOTALES equivalen a 19,712 Cr. Este monto se reparte funcionalmente en 12,419 Cr para pacientes internos y 7293 Cr para pacientes externos. Coloque estas estimaciones en las celdas correspondientes.**
   b. **Usted descubre que el gobierno regional gasta un total de 41 Cr en sus propios hospitales. El MDS paga un total de 5,299 Cr por los hospitales regionales. Pero el desglose funcional de estos dos HF es una incógnita.**
      - **Usted también descubre que estos son los dos únicos HF remanentes (que no han sido contados previamente) que contribuyen a los hospitales regionales.**
      - **¿Qué hace usted? ¿Cómo se cuenta el gasto funcional del gobierno regional y del MDS en los hospitales regionales? Esta es una técnica de estimación.**

NOTAS DEL EXPOSITOR

4a) Monto total: 19.712 Cr debe colocarse en la celda «total x total hospital gubernamental regional»

Monto de hospitalización: 12.419 Cr debe colocarse en la celda «total x total hospitalización gubernamental regional»

Monto de atención ambulatoria: 7293 Cr debe colocarse en la celda «total x total atención ambulatoria gubernamental regional»

4b) El remanente no asignado para Atención hospitalaria curativa es 12.419 – (0 + 9.422 + 60) = 2937

El remanente no asignado para Atención ambulatoria curativa es 7.293 – (201 + 4640 + 49) = 2403

El remanente total no asignado para Hospitales regionales es 19.712 – (201 + 14.062 + 109) = 5340

Por lo tanto, los gastos de hospitalización no asignados ascienden a 2937/5340 = 55% del total para los hospitales regionales.

Los gastos de atención ambulatoria no asignados ascienden a 2403/5340 = 45% del total para los hospitales regionales.

Técnica de estimación: si no se cuenta con información acerca del desglose del gasto del Gobierno regional y el MDS, se debe utilizar la misma proporción 55/45 que no ha sido asignada. Por lo tanto, la atención curativa del Gobierno Regional es 0,55 x 41 = 23 y la atención ambulatoria del Gobierno Regional es 0.45 x 41 = 18.

(23 Cr deben figurar en la celda Gobierno Regional x Hospitalización Hospital Regional) y (18 Cr deben colocarse en la celda Gobierno Regional x Atención ambulatoria Hospital Regional).

La atención curativa hospitalaria del MDS es: 0,55 x 5299 = 2914 y la atención ambulatoria del MDS es 0,45 x 5299 = 2.385.

(2914 Cr deben figurar en la celda MDS x Hospitalización Hospital MDS; 2385 Cr deben colocarse en la celda MDS x Atención ambulatoria Hospital MDS).

15

Presupuesto
Tabla Combinada de CNS de Sumario de Agente Financiador por Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador							
	FY1111 Ministerio de Salud	FY1113 Ministerio de Defensa	FY112 Gob. Reg	FY12 ANP	FY211 Seguro Empleados Estatales	FY23 Pagos directos de bolsillo	Total	Verificar contra FA. xP
HC 1111 Hospitales generales del MdS	2,540			6,740		107	9,387	9,387
HC 11 Curativa P. Internos	1194			5,931			7,125	
HC 13 Curativa P. Externos	629			809		107	1,545	
HC R1 Farmacia de Capital	717						717	
HP1112 Hospitales del MdD								8,549
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HC								
HP1113 Hosp. generales regionales	**5,299**		**41**	14,062	109	201	**19,712**	19,712
HC 11 Curativa P. Internos	**2,914**		**23**	9422	60		**12,419**	
HC 13 Curativa P. Externos	**2,385**		**18**	4,640	49	201	**7,293**	
Total gasto FA.	7,839	0	41	20,302	109	308	37,668	37,668
Verificar contra AF x P	7,839	8,549	41	20,302	109	308	28,238	

16

Ejercicio

5. Usted recibe el siguiente desglose de gastos (ver siguiente transparencia) de los hospitales generales del MD. No corresponde exactamente a las clasificaciones de la OCDE.
   - Un estudio de costos de la Universidad ChrisJay estimó que la relación entre pacientes internos y pacientes externos es de 3 a 1.
   - Usted descubre que el MD es el único contribuyente para los gastos en sus hospitales.

17

¿Cómo clasificaría estos gastos en tanto que categorías funcionales de la OCDE? b)¿Qué estimaciones de gasto utilizaría? Ingréselas en el cuadro.

	Gastos Hospital General MdD	8,569
7.01.01	Salarios	1,963
7.01.02	Medicamentos	1,227
7.01.03	Laboratorio y Rayos X	981
7.01.04	Costos administrativos generales	573
7.01.05	Comidas	41
7.01.06	Lavandería	40
7.01.07	Mantenimiento	900
7.01.08	Construcción	717
7.01.09	Servicios de limpieza	491
7.01.10	Equipamiento médico	1,636

Notas del expositor

5a) Ítems que deben ser repartidos en una relación de 3 a 1 entre HC1.1 Atención curativa hospitalaria & HC1.3 Atención curativa ambulatoria:

Salarios (.75 x 1963 = 1.472 Hospitalización; 491 Atención ambulatoria); Medicamentos (.75 x 1227 = 920 Hospitalización; 307 Atención ambulatoria) (Motivo: puede que los hospitales tengan una sola farmacia que provea medicamentos tanto a pacientes hospitalizados como a pacientes ambulatorios; Gastos administrativos generales (.75 x 573 = 430 Hospitalización; 143 Atención ambulatoria); Manutención (.75 x 900 = 675 Hospitalización; 225 Atención ambulatoria); Servicios de aseo (.75 x 491 = 368 Hospitalización; 123 Atención ambulatoria)

HC1.1 Atención curativa hospitalaria solamente:

Comidas (41)

Lavandería (asumiendo que 100% del servicio es para los pacientes hospitalizados) (40)

HC4 Servicios auxiliares a atención médica

Laboratorio y rayos X (981)

HCR1 Formación de capital para instituciones proveedoras de atención de salud

Construcción (717)

Equipamiento médico (1.636)

Por lo tanto, el monto total que el MDD entrega a sus hospitales para

Hospitalización (Hc 1.1) = 1472 + 920 430 + 675 + 368 + 41 + 40 = 3946

Atención ambulatoria (HC 1.3) 491 + 307 + 143 + 225 + 123 = 1289

Servicios auxiliares (HC 4) = 981

Formación de capital (HCR 1) = 717 + 1636 = 2353

18

Presupuesto 5
Tabla Combinada de CNS de Sumarios de Agentes Financiadores por Proveedores y Función

Proveedor y Función	Agente Financiador							
	HF1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF1.1.2 Gob. Reg.	HF1.2 ANP	HF2.1.1 Seguro Previsional Estatal	HF2.2.3 Pagos directos de pacientes	Total	Verificar cuenta FA x P
HP1.1.1.1 Hospitales generales MdS	2,540			6,740		107	9,387	9,387
HC1.1 Curativa P. Internos	1194			5,931			7,125	
HC1.3 Curativa P. Externos	629			809		107	1,545	
HCR.1 Formación de Capital	717						717	
HP1.1.1.2 Hospitales MdD		8,569					8,569	8,569
HC1.1 Curativa P. Internos		3,946					3,946	
HC1.3 Curativa P. Externos		1,289					1,289	
HC4 Servicios Auxiliares		981					981	
HCR.1 Formación de Capital		2,353					2,353	
HP1.1.1.3 Hospitales generales regionales	5,299		41	[illegible]	109	201	19,712	19,712
HC1.1 Curativa P. Internos	2,914		23	9,422	60		12,419	
HC1.3 Curativa P. Externos	2,385		18	4,640	49	201	7,293	
Total Gasto FA	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	37,668
Verificar cuenta AF x P	7,839	8,569	41	20,802	109	308	37,668	

PHRplus

19

Ejercicio

Pasos Siguientes

- **COMPRUEBE SI LOS TOTALES DE LAS FILAS Y LAS COLUMNAS SON COHERENTES**
- **¿Coinciden los totales que recién calculó con los totales que se obtuvieron del cuadro HF x P?**
  - **Nota: Si no coinciden, retroceda y verifique si hay un error en la tabla HF x P o en su cuadro actual.**
    (En un trabajo real de CNS habrá que hacer muchas revisiones hacia atrás y hacia adelante para volver a verificar estimaciones)

PHRplus

20

Ejercicio (sigue)

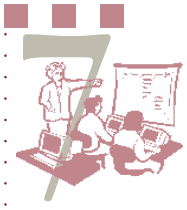
6) Ahora que dispone del cuadro de combinación, su siguiente tarea es separar los gastos en:
- cuadro HF x Func
- cuadro P x Func (para efectos de este ejercicio, el cuadro ha sido completado para usted por el hada madrina de CNS)

Use el Manual para completar el cuadro HF x Func

21

Pregunta 6
Tabla de Proveedores x Función

Función	Proveedor	Proveedor		
	HF.1.1.1.1 Hospitales Generales MdS	HF.1.1.1.2 Hospitales MdD	HF.1.1.1.3 Hosp Gen Gob Reg	Total
HC1.1 At. Curativa P. Internos	7,125	3,946	12,419	23,490
HC1.3 At. Curativa P. Externos	1,545	1,289	7,293	10,127
HC4 Servicios Auxiliares		981		981
HCR 1 Formación de Capital	717	2,353		3,070
Total Gasto de Proveedor	9,387	8,569	19,712	37,668
Verificar contra FA x P	9,387	8,569	19,712	37,668



22

Tabla Agentes Financiadores por Función

Función	Financing Agent						
	HF1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF1.1.1.2 Gob Reg	HF1.1.2 ANP	HF2.1.1 Programa provisional estatal	HF2.1.3 Pagos directos Ingresos	Total
HC1.1Curativa P. Internos	4108	3,946	23	15,353	60		23,490
HC1.3 Curativa P. Externos	3014	1,289	18	5,449	49	308	10,127
HC4 Servicios Auxiliares		981					981
HCR.1Formación de Capital	717	2,353					3,070
TotalGasto AF	7,839	8,549	41	20,802	109	308	
Verificar contra AfxP	7,839	8,549	41	20,802	109	308	37,668

Total gastos pacientes internos como porcentaje de GTS	**62.36%**
Total gastos pacientes externos como porcentaje de GTS	**26.88%**
Total gastos servicios auxiliares como porcentaje de GTS	**2.60%**
Total gastos de formación de salud como porcentaje de GTS	**8.15%**

Unidad 7 - Ejercicios

Instrucciones

Lea el siguiente texto y las preguntas que siguen. Luego ingrese los montos de gastos correspondientes en su cuadro FS x HF.

Estableciendo el contexto nacional para los estudios de caso: Susmania

Susmania es un país pequeño, de ingresos bajo a medios. Tuvo un gobierno autocrático centralista en el pasado; recientemente, ha iniciado la descentralización y reformas. El país tiene ahora un nuevo gobierno compuesto por un primer ministro y varios ministerios. (GP: pág. 121, 9.54; 123, 9.74-9.80).

La moneda local es el "cruton" (Cr)

Estructura del gobierno en cuanto a salud

El Gobierno Central se conforma por el Ministerio de Finanzas (MDF), el Ministerio de Salud (MDS), el Ministerio de Educación (MDE), el Ministerio de Defensa (MDD), y la Agencia Nacional de Previsión (ANP). Sólo existe una empresa paraestatal, llamada AZap, compañía eléctrica del país. Como el gobierno se ha descentralizado a gobiernos locales en 4 regiones. Cada gobierno regional tiene su propia autoridad tributaria; el ingreso regional por impuestos es complementado con aportaciones del gobierno central

Proveedores en el sector salud

La mayoría de los hospitales y policlínicos son propiedad del gobierno. Las clínicas y hospitales de atención primaria son generalmente de propiedad regional, mientras que clínicas y hospitales de atención secundaria y terciaria son administrados por el MDS. El MDD posee y opera sus propios hospitales para personal militar y sus familiares

Algunos nuevos hospitales y clínicas privados han surgido como resultado de las reformas. En las regiones interiores hay una gran demanda de curanderos tradicionales

Algunos (pocos) empleadores tienen clínicas propias para sus trabajadores. La mayoría de los medicamentos de pacientes externos son adquiridos en farmacias de la comunidad

Programas de seguro de salud en Susmania

En teoría todos los ciudadanos tienen cobertura de salud a través de la Agencia Nacional de Previsión (ANP) para las prestaciones de salud recibidas en los establecimientos gubernamentales. La ANP es financiada a través de 1) impuestos sobre la renta; 2) pagos del MDS, y 3) copagos. Los empleadores ofrecen seguro adicional para cubrir copagos y las prestaciones recibidas en establecimientos no gubernamentales. Los individuos pueden contratar sus propios seguros adicionales.

Otros actores en el sistema de salud

Puesto que Susmania es un país de ingresos bajos a medios, recibe asistencia financiera externa para muchos de sus sectores, incluidos los de atención de salud. Los donantes extranjeros financian a Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que ayudan en la prestación de los servicios de salud: Médicos sin Fronteras, Media Luna Roja, Project Hope, entre otros.

Motivación política para las CNS

- Entregar informes a los líderes internacionales para evaluar la eficiencia de los préstamos
- Proporcionar estadísticas de salud a la OMS
- Comprender la efectividad de las reformas
- Comprender el papel que juega la ANP en el sector salud

7a. Estudio de Caso I – Cómo completar el Cuadro FS x HF

Para este ejercicio, los participantes deben referirse al cuadro en blanco que aparece en las notas de curso que le entregó el instructor. También puede encontrar copias de este cuadro en el Manual de los Participantes.

Como miembro del equipo de CNS de Susmania, usted acaba de completar los cuatro pasos iniciales para completar los cuadros. Usted 1) comenzó a trabajar en el medio del cuadro de HF, 2) identificó a los agentes financiadores, 3) determinó los diferentes tipos de gastos, y 4) estimó los montos para cada HF.

Usted obtuvo los montos de gasto totales para cada HF (Cuadro 7.1) y ya ha colocado estos números en las celdas correspondientes de totales de su cuadro (GP: 159, 11.19-11.33, Cuadros 11.5-11.9).

Gastos de los Agentes Financiadores de Susmania – Lista Preliminar

Código CICS	Entidad	Monto del gasto
HF.1.1.1.1	MDS	32,096
HF.1.1.1.2	MDE	329
HF.1.1.1.3	MDD	635
HF.1.1.2	Gobierno regional	21,015
HF.1.2	ANP	60,837
HF.2.1.1	Seguro colectivo estatal	563
HF.2.1.2	Seguro colectivo privado	2,130
HF.2.2	Seguro personal	3,280
HF.2.3	Hogares	82,092 - 90,734
HF.2.4	ONG	2,888
HF.2.5.1	Empresas no paraestatales privadas	3,024
HF.2.5.2	Empresas paraestatales (Azap)	1,905
HF.3	Resto del mundo	599

Pregunta 1

Usted comienza a rellenar el cuadro FS x HF desagregando los fondos que reciben los HF de su fuente original: fondos públicos, fondos privados, fondos del resto del mundo. Usted comienza por analizar los HF gubernamentales. Tras una detallada investigación, descubre que:

- EL MDE y el MDD obtienen sus fondos sólo del MDF
- El MDS obtiene sus fondos sólo de dos fuentes: MDF y donantes. Los donantes proporcionaron 1.538 Cr al MDS.
  ¿Qué celdas puede completar para el MDE, MDD y MDS basándose en la información anterior?

Respuesta

Pregunta 2a

El MDS es normalmente un agente financiador, pero en algunas ocasiones puede ser una fuente de financiamiento; En Susmania, el quipo se entera que el MDS le otorga subvenciones a los gobiernos regionales (986 Cr) y a la ANP (1,106 Cr).

-¿Dónde asigna usted los fondos de subvención?

Respuesta

Pregunta 2b

Basándose en esa información, ¿cómo reduce la cifra TOTAL de HF para el MDS?

Respuesta

Pregunta 2c

Complete las POSIBLES celdas restantes para el MDS como agente financiador.

Respuesta

Pregunta 3a

Su equipo descubre que el MDS reembolsa 11.772 Cr a los gobiernos regionales por sus servicios hospitalarios para desempleados (en nombre del MDS). Observe que los gobiernos regionales obtienen sus fondos a partir de impuestos regionales y del MDS.

¿Cuál es el agente financiador en este caso? ¿El MDS o el gobierno regional?

Respuesta

Pregunta 3b

Este monto (11,772 Cr) ha sido contabilizado doble: una vez po el MDS y otra vez por los gobiernos regionales. ¿Cómo se elimina la doble contabilización de los gobiernos regionales?

Respuesta

Pregunta 3c

¿Dónde coloca el monto remanente para los gobiernos regionales (es decir, no asignado a subvenciones o reembolsos)?

Respuesta

Pregunta 4a

Referido a la ANP (Agencia Nacional de Previsión)

¿Dónde pondría usted el "ingreso por intereses" (566 Cr), que es utilizado para ayudar a pagar los beneficios y gastos administrativos de la ANP?

Respuesta

Pregunta 4b

En un incendio ocurrido hace un par de años, la ANP perdió todos sus registros sobre contribuciones de los empleadores y empleados. Por lo tanto, no hay información precisa acerca de qué porcentaje corresponde a cada parte. Sin embargo, le informan que la norma del país es una relación 3:1 entre empleadores y empleados.

Asigne el monto remanente entre empleadores y empleados (excluyendo el ingreso por intereses y la subvención del MDS). Esto es una ESTIMACIÓN.

Respuesta

Pregunta 5

El Programa de Seguros Estatales (PSE) es un programa SOLO para empleados estatales. Recibe fondos del Estado y de los empleados.

El PSE es incapaz de distinguir entre contribuciones del empleador (nota: el empleador puede ser el empleador privado) y contribuciones del empleado. Las reglas relativas al financiamiento establecen que 25% de los fondos deben ser aportados por los empleados y el remanente por el empleador. ¿Cómo distribuiría su total de 563Cr?

Respuesta

Pregunta 6

Programa previsional privado (PPP)

EL PPP es también incapaz de distinguir entre contribuciones del empleador y del empleado. ¿Cómo asignaría usted TEMPORALMENTE su total de 2.130 Cr?

Respuesta

Pregunta 7

¿Qué fuente financía el seguro individual privado (SIP) (3280 Cr) y dónde colocaría este monto?

Respuesta

Pregunta 8

Su equipo ahora descubre que la cifra de la encuesta de hogares para gastos de seguro varía significativamente de las estimaciones entregadas por las compañías de seguro recién ingresadas en las preguntas anteriores).

La encuesta de hogares indica:
14.000 Cr a la ANP
2.200 Cr a los programas previsionales de empleadores privados
3.450 Cr al seguro individual privado

¿Qué debería hacer con estas estimaciones que no concuerdan entre sí?

Respuesta

Pregunta 9a

Las ONG:

Reciben 1.653 Cr de los donantes

Respuesta

Pregunta 9b

Reciben 1.235 Cr por concepto de filantropía local

Respuesta

Pregunta 10

Resolver la relación de distribución del seguro privado entre hogares y empleadores (x):

Una encuesta a los empleadores arroja una segunda estimación de primas pagadas a seguros privados y también entrega el porcentaje pagado de estas primas entre empleadores y empleados (1/3 los empleadores / 2/3 los hogares)

Respuesta

Pregunta 11a

Ingreso de datos simples:

¿Dónde ingresa estos montos?

AZap informa que sus fondos (1905 Cr) provienen íntegramente de sus propias utilidades.

Respuesta

Pregunta 11b

Las empresas gastan 3024 Cr en sus propias instalaciones.

Respuesta

Pregunta 11c

MSF (donante) financia sus propias instalaciones a un costo de 599Cr.

Respuesta

Pregunta 12a

Iniciando el proceso de reconciliar datos:

Haga una suma preliminar de las columnas.

Respuesta

Pregunta 12b

Después de hacer la suma preliminar usted se entera que otra estimación para el monto total financiado por los donantes (como fuentes) es equivalente 8180 Cr. Coloque esto en la fila "total estimado".

Respuesta

Pregunta 13a

Para reconciliar montos:

Usted se entera de que el informe de la ANP es más confiable que las estimaciones de la encuesta de hogares porque tiene sistemas contables sólidos. ¿Qué estimación debería conservar?

Respuesta

Pregunta 13b

También se entera de que la encuesta de las compañías de seguros tiene una tasa más alta de respuesta que la encuesta de hogares y, por ende, es más confiable. ¿Cuál estimación debería conservar?

Respuesta

Pregunta 13c

¡El equipo de CNS completa el análisis de la encuesta de hogares de Susmania! Esto causa gran alegría y el equipo proclama que las contribuciones directas de los hogares ascendieron a 86.413 Cr. ¡Enhorabuena! Ingrese este monto en el lugar indicado.

Respuesta

Pregunta 13d

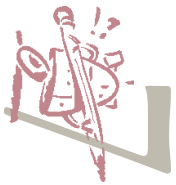
Tras evaluar nuevamente el monto de gastos de donantes (8180 Cr), usted se da cuenta que la estimación incluye gastos de alimentación y saneamiento. ¿Cuál estimación debería guardar (8180 Cr o la estimación basada en la suma tentativa)?

Respuesta

Pregunta 14

Pasos siguientes ¿SON EQUIVALENTES LOS TOTALES DE LAS SUMAS DE LAS COLUMNAS Y LAS FILAS ?

Respuesta



Hoja de trabajo para el estudio de casoI - Susmanial: Cómo llenar el cuadro FS x HF										
Agentes financiadores		Fuentes de financiamiento								Total
		FS.1 Fondos públicos				FS.2 Fondos privados			FS.3 Fondos del resto del mundo	
		FS.1.1.1 Rentas del gobierno central				FS.2.1 Fondos de empleadores	FS.2.2 Fondos de los hogares			
HF.1.1.1.1	MDS									32096
HF.1.1.1.2	MDE									329
HF.1.1.1.3	MDD									635
HF.1.1.2	Gopbierno regional									21015
HF.1.2	ANP									60837
HF.2.1.1	Programas provisionales de empleadores privados									563
HF.2.1.2	Programas provisionales de empleadores privados									2130
HF.2.2	Instituciones previsionales privadas (fuera del seg. soc.)									3280
HF.2.3	Pagos directos de los hogares									82092 -90734
HF.2.4	ONG									2888
HF.2.5.2	Empresas privadas									3024
HF.2.5.1	Compañías parastatal (AZap)									1905
HF.3	Resto del mundo									599
	Suma tentativa									
	Total estimado									

7b: Estudio de Caso II de Susmania – Interpretación de los Resultados de la Encuesta para rellenar el cuadro HF x HP

Instrucciones

Basándose en la información obtenida a través de los cuestionarios de las encuestas presentadas como muestras, responda las preguntas siguientes.

Pregunta 1a

Revise el Cuestionario para los Seguros de Salud (Muestra 7b.1)

Clasifique los términos «en negrita» según los códigos de la CICS.

Respuesta

Pregunta 1b

Como puede observar a partir del cuadro en la muestra 7b.1, las compañías de seguros no pudieron desagregar los beneficios entre pólizas de tipo «Colectiva» e «Individual». ¿Cómo separaría usted esos montos?

Respuesta

Exhibit 7b.1
Susmania National Health Accounts: Health Insurance Questionnaire

Form ID No. ___/___

The information provided will be treated with strict confidentiality.

1. General information

Name of NGO: AGGREGATION
Name of respondent: ----------
Position of respondent: ----------
Date of interview: ----------
Location: ----------
Reporting period - Calendar Year 1999 or: ----------

Type of insurance company (circle one)
1 = State-owned/parastatal
2 = Private, for-profit
3 = Private, non-profit

2. In the table below, please indicate the number of subscribers (for health insurance only) to your organization at the end of the reporting period. If health insurance is included as a part of other insurance, please include those subscribers in your figure.

Number of subscribers under:	
Group/Company	Individual/Family
800,000	1,700,000

4. In the table provided below, indicate your organization s total expenditures for the reporting period. If possible use incurred figures rather than cash figures.

Type of expense	Amount (in crutons)		
	Total	Group/Company	Individual/Family
Benefits:			
GOE hospitals	0		
Other government facilities	0		
Private-for-profit hospitals	123		
Other private-for-profit health centers	216		
Private non-profit hospitals	437	UNKNOWN	UNKNOWN
Other private non-profit health centers	1,020		
Reimbursement made directly to policyholder	2,640		
Other	0		
Total benefits	4,436		
Additions to reserves (health business only)	0		
Administrative expenses (health business)	564		
Surplus or retained earnings (health business)	410		

Reporting basis:
Accrual
Cash

5. Do the revenue figures above include the health portion of premiums for combined life/health policies?
Not Applicable
Yes
No

Please enter total benefits paid under such combined policies in the reporting year:

Life	Health

Pregunta 2a

Observe la Encuesta a los empleadores (Muestra 7b.2)

¿Cuál de las dos estimaciones de gasto provistas en esta encuesta debería colocarse en el cuadro HF x HP?

Respuesta

Pregunta 2b

¿Cómo lo clasificaría? ¿Qué códigos CICS utilizaría?

Respuesta

Exhibit 7b.2
Susmania National Health Accounts: Employer Survey

Form ID No.___/___

1. General information

Firm Name: AGGREGATION
Name of Person Interviewed: _____
Date of interview: _____
Reporting period - Calendar Year 1999 or: _____

Firm ownership (Circle one.)
1 = State-owned/Para-statal
2 = Private Sector, for-profit

Principal activity (Circle one.)
1 = Agricultural
2 = Mining or petroleum extraction
3 = Industrial
4 = Wholesale or retail trade
5 = Finance, insurance, or real estate
6 = Services
7 = Other

How many full- and part-time employees on the last day of the reporting period? _____

2. Did your firm provide medical insurance in the reporting period?
Yes
No (Skip to question 3.)

a. Number of employees covered by insurance: _____

b. Does the insurance cover dependents?
Yes
No

c. How much did your firm pay in premiums? 2,070 (survey error 5%)

d. Do your employees contribute to private health insurance?
No
Yes How much? 2/3 per
Is this included in item 2c? Yes / No

e. Which types of health care services are covered? (Circle all that apply.)

X In-patient curative care
X Day cases of curative care
X Out-patient curative care
X Basic medical and diagnostic services
X Medical mental health and substance abuse therapy
X Ambulatory surgical procedures
X Out-patient dental care
X All other specialized medical services
X All other out-patient curative care
X Services of curative home care
X In-patient rehabilitative care
X Day cases of rehabilitative care
X Outpatient rehabilitative care
X Services of rehabilitative home care
X In-patient long-term nursing care

	X	Day cases of long-term nursing care
	X	Long-term nursing care: home care
	X	Clinical laboratory
	X	Diagnostic imaging
	X	Patient transport and emergency rescue
	X	All other miscellaneous ancillary services
	X	Prescribed medicines
	X	Over-the-counter medicines
	X	Other medical non-durables
	X	Glasses and other vision products
	X	Orthopedic appliances and other prosthetics
	X	Hearing aids
	X	Medico-technical devices, including wheelchairs
	X	All other miscellaneous medical goods
3. During the reporting period, did your firm reimburse employees for medical expenses they incurred?	Yes No	(Skip to question 4.)
a. How much did your firm provide to employees in direct reimbursements?	NONE	
b. Which types of health care services does your firm reimburse? (Circle all that apply.)	X X X X	Inpatient Outpatient Drugs Other
c. Does your firm keep records on the amount spent to reimburse for services purchased at private and public health care facilities?	Yes (No)	Public facilities _____ Private facilities _____
4. During the reporting period, did your firm provide on-site health services for employees?	Yes No	(Skip to question 5.)
a. How much did your firm spend to provide on-site health services?	3,024 (survery error 5%)	
b. Does the government or any other non-governmental organization make contributions which support your health facilities? If so, how much?	Yes No	How much? _____
c. How many health care facilities does your company provide? Where are they located in the country?		_____ _____ _____
d. What types of health services are available in these facilities? (Circle all that apply.)	X (X) X X	Inpatient Outpatient Drugs Other
e. Do employees pay for services and/or medication offered in these facilities?	Yes (No)	How much? _____
5. Does the government or any other organization make a contribution to health care benefits provided by your firm?	Yes (No)	How much? _____

Pregunta 3a

Observe el Cuestionario de Ayuda Externa (Muestra 7b.3)

¿Cuáles de los gastos que aparecen en la encuesta deberían ser colocados en el cuadro HF x HP?

Respuesta

Pregunta 3b

¿Cómo lo clasificaría?

Respuesta

Exhibit 7b.3
Susmania National Health Accounts:
Government of Susmania/Ministry of Health Survey of External Aid Contributions to Health

Instructions: The Ministry of Health is conducting a study to estimate the total amount of health financing in Susmania and how health finds flow from sources to users. In the space below, please indicate the projects that your organization supports, the amount you contributed in 1999, and the name(s) of the institutions that benefited from your contributions. We are particularly interested in knowing who used your contributions, so please be specific. For example, if contributions were made to the GOE please indicate whether the beneficiary institution was the MOH, MOE, etc. If District Health Teams were the beneficiaries, please list which ones. Similarly, please list the NGOs that received support. Thank you.

The information provided will be treated with strict confidentiality.

1. General information

Donor Name: AGGREGATION
Respondent Name: _____
Date: _____
Phone Number: _____
Reporting period - Calendar Year 1999 or: _____

2. Project finding during the current reporting period (only show finds actually disbursed)

Project Title	Amount Contributed (Use most convenient currency)	Beneficiary Institution(s)
1. Bilateral family planning program with Ministry of Health	1,538	Ministry of Health
2. Project Hope screening program	1,653	Susmania Red Crescent
3. Project Hope pilot test of smoking cessation campaign	300	Coastal Region Health Department
4. Medecins sans Frontieres local hospital	599	Given Directly
5. Total	4,090	

(Add another sheet for more projects)

3. Please indicate the amount that your organization spent in the current reporting period to support your activities (i.e. administration, program support) in Susmania as well as the amount spent on technical assistance not included in the amounts above. (Please identify currency unit.)

NONE

Pregunta 4a

Observe la muestra 7b.4, la Tabulación Especial de la Encuesta a los hogares.

¿Cuáles de las categorías de gastos pueden colocarse en el cuadro HF x HP?

Respuesta

Pregunta 4b

Usted se ha enterado a través de los registros de admisión de pacientes que los hogares acuden a las clínicas privadas en lugar de las clínicas públicas en una relación de 3 a 2 y que acuden a los hospitales privados en lugar de los hospitales públicos en una relación de 2 a 3.

Respuesta

Exhibit 7b.4

Susmania National Health Accounts: Special Tabulation of Household Survey

Category of Expenditure	Amount
Payments to NIA	11,626
Payments to private medical insurance	4,400
Co-payments at hospitals	13,643
Co-payments at polyclinics	11,965
Purchase of prescription drugs	41,042
Payments to other health practitioners	19,763
Total	102,439

Prepared by Susmania Statistical Committee 28/05/2000

NOTE: Estimates have a 5% margin or error at the 95% confidence level.

7c: Estudio de Caso III de Susmania - Completar los cuadros HF x Func y HP x Func

Utilizandoel cuadro de combinación y del cuadro-planilla que le entregó el instructor, lea las siguientes preguntas y rellene las celdas con las estimaciones de gastos correspondientes.

Para crear los dos cuadros (HF x Func y HP x Func) el equipo de CNS considera que es más fácil comenzar por intentar rellenar el cuadro de combinación HF x HP x Func. El primer paso, que ya ha sido realizado para usted, consiste en organizar los encabezados generales de fila y columna (véase la hoja). Asumamos que usted ya ha completado el cuadro HF x HP y por lo tanto ya dispone de los totales para HF y Proveedores.[1]

Totales para los Agentes financiadores (sacados del cuadro HF x HP)		
HF.1.1.1.1	MDS	7,839
HF.1.1.1.3	MDD	8,569
	Gobierno regional	41
HF.1.1.2	ANP	20,802
HF.1.2	Seguro Colectivo Gubernamental	109
	Hogares	308
	Total	37,668

Totales para los Proveedores (sacados del cuadro HF x HP)		
HP.1.1.1.1	Hospitales generales del MDS	9,387
HP.1.1.1.2	Hospitales generales del MDD	8,569
HF.1.1.2	Hospitales generales regionales	19,712
HP.1.1.1.3	Total	37,668

Usted recibe la siguiente información y sabe que estas cifras deben ser colocadas en el cuadro. Para su sorpresa esto ya ha sido realizado (¡por su hada madrina de las CNS!)

	Hospitales generales regionales	Hogares	ANP	Programa de Seguros para Empleados Gubenramentales
	Hospitalización	0	9,422	60
	Ambulatorio	201	4,640	49
	Total	201	14,062	109

Nota: este estudio de caso es una versión condensada del cuadro completo de Susmania, ya que no incluye a los curanderos tradicionales, a las clínicas de los empleadores, a las farmacias y a los hospitales de los donantes.

Ejercicio 1

Coloque los totales anteriores en las celdas correspondientes de su cuadro de combinación.

Respuesta

Ejercicio 2a

Los registros del hospital general del MDS indican los siguientes totales (para todos los hospitales del MDS combinados):

- Gastos administrativos generales (3,676 Cr). Le informan que la estimación incluye formación de capital equivalente a 717 Cr.
- Los gastos TOTALES en pacientes internos ascendieron a 4,693 Cr,
- Atención pacientes externos, 1,018Cr,

Cómo va a asignar estas estimaciones en las celdas correspondientes del cuadro? ¿Dónde debe ir la estimación de formación de capital?

Respuesta

Ejercicio 2b

¿Cómo se maneja la estimación de AG?

Respuesta

Ejercicio 2c

Finalmente, ¿dónde van las estimaciones de pacientes hospitalizados y ambulatorios?

Respuesta

Ejercicio 3a

En términos de Agentes Financiadores que contribuyen a los hospitales del MDS,

La encuesta de hogares indica que los hogares pagan 107 Cr en hospitales del MDS y que el monto total es destinado a copagos de atención ambulatoria. ¿En qué lugar del cuadro colocará usted esta estimación?

Respuesta

Ejercicio 3b

Usted se entera de que la ANP ha reembolsado al MDS por los servicios prestados a los beneficiarios de la ANP. El pago total de la ANP al MDS es de 6.740 Cr y 88% de este monto es destinado a atención curativa hospitalaria y el resto a la atención curativa ambulatoria. Coloque la contribución de la ANP a los hospitales del MDS en las celdas correspondientes del cuadro.

Respuesta

Ejercicio 3c

Usted se entera de que el único contribuyente restante a los establecimientos del MDS es el propio MDS. ¿Cuál es el porcentaje de gastos del MDS correspondiente a sus hospitales?

Respuesta

Ejercicio 3d

¿Y cuál es el subsecuente desglose funcional? Usted descubre que el MDS carga con la totalidad de los costos de formación de capital para sus establecimientos.

Respuesta

Ejercicio 4a

Para los hospitales regionales estatales:

En los hospitales regionales, usted descubre que los gastos TOTALES equivalen a 19.712 Cr. Este monto se reparte funcionalmente en 12.419 Cr para pacientes hospitalizados y 7.293 Cr para pacientes ambulatorios. Coloque estas estimaciones en las celdas correspondientes.

Respuesta

Ejercicio 4b

- Usted descubre que el gobierno regional gasta un total de 41 Cr en sus propios hospitales. El MDS paga un total de 5.299 Cr para los hospitales regionales. Pero el desglose funcional de estos dos HF es una incógnita.
- Usted también descubre que estos son los dos únicos HF remanentes (que no han sido contados previamente) que contribuyen a los hospitales regionales.
- ¿Qué hace usted? ¿Cómo se cuenta el gasto funcional del gobierno regional y del MDS en los hospitales regionales?

Respuesta

Ejercicio 5a

Usted recibe el siguiente desglose de gastos de los hospitales generales del MDD. No corresponde exactamente a las clasificaciones de la CICS.

Un estudio de costos de la Universidad ChrisJay estimó que la relación entre pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios es de 3 a 1.

Usted descubre que el MDS es el único contribuyente para los gastos en sus hospitales.

¿Cómo clasificaría estos gastos de acuerdo a las categorías funcionales de la CICS?

Desgloce de los gastos de los hospitales genearales del MDD		
7.01.01	Salarios	1963
7.01.02	Drogas	1227
7.01.03	Laboratorio y rayos X	981
7.01.04	Costos generaes de administración	573
7.01.05	Comidas	41
7.01.06	Lavandería	40
7.01.07	Mantenimiento	900
7.01.08	Construcción	717
7.01.09	Servicios sanitarios de limpieza	491
7.01.10	Equipo médico	1636
	Total Gastos	8,569

Respuesta

Ejercicio 5b

¿Qué estimaciones de gastos usaría? Ingréselas en el cuadro.

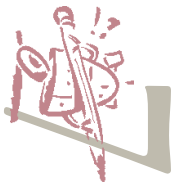
Respuesta

Ejercicio 6

Ahora que dispone del cuadro de combinación, sus siguientes tareas son 1) separar los gastos en el Cuadro HF x Func y 2) P x Func (para efectos de este ejercicio, el cuadro ha sido completado para usted por el hada madrina de las CNS). Use las nuevas Notas para completar el cuadro HF x Func.

Hoja de trabajo para el estudio de caso III de Susmania Case Study III: completar el cuadro HF x HP yHF x Func Table

Proveedor y función		Agente Financiador						Total	Comp. contra HF x HP
		HF.1.1.1.1 Ministerio de Salus	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gob. Regional	HF.1.2 ANP	HF.2.1.1 Programa previsonal empleados del gob.	HF.2.3 Hogares		
HP.1.1.1.1	MDS hospitales generales								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.2	MDD hospitals								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
	HC								
HP.1.1.1.3	hospital regional general				14062	109	201		
	HC.1.1 Hospitalización				9422	60			
	HC.1.3 Ambulatorio				4640	49	201		
Gasto Total HF		0	0	0	14062	109	201	0	
Comp. contra HF x HP									



Hoja de trabajo para el estudio de caso III de Susmania: Completar el cuadro HF x Func								
Función		Financing Agent						Total
		HF.1.1.1.1 Ministerio de Salud	HF.1.1.1.3 Ministerio de Defensa	HF.1.1.2 Gob. Regional	HF.1.2 ANP	HF.2.1.1 Programa es seguro para emp. del gob.	HF.2.3 Hogares	
	HC							
	HC							
	HC							
	HCR							
Gasto Total HF					4640	49	201	
Comp contr HF x HP		7839	8569	41	20802	109	308	37668

8

Unidad 8

Interpretación de los resultados e implicaciones de política

Duración

Capacitación regional: 2:30 horas

Capacitación nacional: 90 minutos

Objetivos de aprendizaje

Al término de esta unidad, los participantes podrán:

- Comprender la utilidad de las CNS en materia de políticas
- Comprender cómo interpretar y presentar los resultados de las CNS a fin de responder las preguntas "¿y qué?"
- Deducir las implicaciones de política a partir de los resultados
- Familiarizarse con las experiencias de otros países

Objetivos de aprendizaje

- ▲ Comprender la utilidad de las CNS en materia de política
- ▲ Aprender a interpretar y presentar los resultados de las CNS para responder a las preguntas referidas a "qué sucede"
- ▲ Conocer las implicaciones de política de los resultados
- ▲ Familiarizarse con experiencias de otros países

Contenido

- Utilización de los resultados de las CNS conjuntamente con otros datos
- Comprender de qué forma las CNS proporcionan información para el proceso de elaboración de políticas: ejemplos de todo el mundo
- Difusión de los resultados de CNS

Ejercicios

- Ejercicios

Nota para los instructores

En las unidades anteriores, gran parte del trabajo relativo a las CNS fue realizado por el equipo técnico de CNS bajo la supervisión de un jefe de equipo y con aportes del Comité Director. Ahora que los miembros del equipo técnico ya han elaborado los cuadros de CNS, es hora de centrar las actividades en los jefes de equipo.

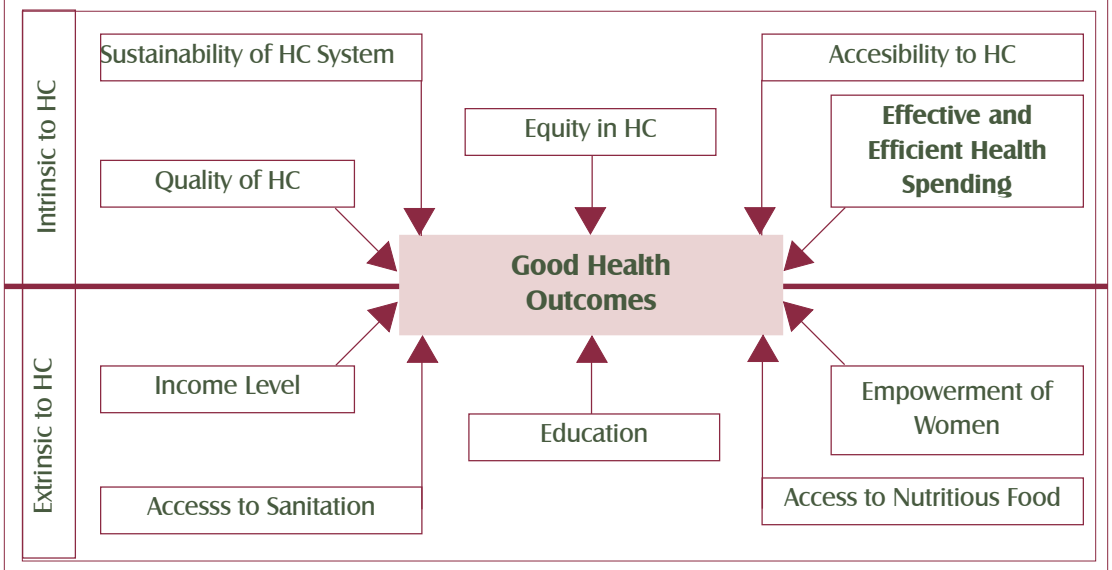
El instructor deberá revisar junto con los participantes el rol y las responsabilidades de los miembros del equipo técnico y de los jefes de equipo, enumerados en la Unidad 2. Los jefes de equipo deberán ahora ayudar a los miembros del equipo técnico a interpretar los resultados de CNS junto con otros datos y a presentar y difundir los resultados de manera comprensible y apropiada a los encargados de la elaboración de políticas, aumentando así la utilidad de los datos de las CNS en el proceso de elaboración de políticas.

I. Fomento del valor de las CNS en las políticas: combinación de los resultados de CNS con otros datos

Los resultados de salud de la población dependen de muchos factores, de los cuales el gasto en salud es solo uno de ellos. En el gráfico 8.1 se destacan los factores intrínsecos y extrínsecos del sistema de atención de salud que influyen en los resultados de salud.

Resulta importante comprender que el gasto en salud constituye un componente que contribuye al éxito de un sistema de atención de salud.

Gráfica 8.1: Factores intrínsecos y extrínsecos que determinan los resultados en salud



Note: HC=health care

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 6 y explique el gráfico.

Asimismo, la información sobre el gasto en atención de salud es importante para deducir cuáles son los niveles de gastos «efectivos” y “eficientes”.

La verdad es que las CNS o la información sobre el gasto en salud, al combinarse con otros datos (mencionados arriba), proporcionan al encargado de la elaboración de políticas un mayor sentido de lo que debe realizarse a fin de fomentar “buenos resultados de salud”. Este punto podría ser útil al presentar las CNS a economistas de sectores ajenos a la salud. Por lo general, los miembros del personal del MDS cuentan con antecedentes médicos y presentan una cierta resistencia a la introducción de la economía de la salud. Por consiguiente, constituye un buen enfoque el hecho de plantear los datos económicos como una pieza de información que puede agregarse a los indicadores de salud más tradicionales a fin de tener un panorama completo del sector de salud.

La estimación de las CNS sobre los flujos financieros y gastos es un indicador sólido de la "salud financiera" de un sector de salud. Sin embargo, los resultados de las CNS son más valiosos, es decir, más importantes en términos de política, cuando se consideran conjuntamente con otros tipos de datos no financieros como los que se detallan a continuación:

Nota para los instructores

En general, al determinar las implicaciones reales de las CNS para las políticas del sector salud, resulta útil analizar datos ajenos a las CNS, como los indicadores socioeconómicos, datos sobre producción, datos sobre resultados en salud, etc. Dicho eso, resulta importante no perder de vista el hecho de que la información sobre el flujo de recursos financieros -por ejemplo, el porcentaje del PIB destinado a salud- es en sí valioso.

Cómo interpretar datos de CNS usando otros tipos de datos

- Indicadores socioeconómicos
  - Compare las cifras de gastos en salud con otros países de nivel socioeconómico similar.
  - Utilice el PIB general o PIB per cápita como punto de referencia.
  - Compare el gasto en salud como porcentaje del PIB en relación con otros gastos de desarrollo social como porcentaje del PIB
  - Observe el acceso a la atención por grupos de ingreso para medir la equidad.
  - Donde sea posible utilice paridad de poder de compra y moneda constante – especialmente para realizar análisis de tendencia
- Datos de producción de servicios de salud
  - La tasa de inmunización, el número de proveedores de atención de salud, el volumen de pacientes, etc. se utilizan para calcular la eficiencia de los recursos utilizados.
- Datos de resultados en salud
  - Las estadísticas de salud, la carga de enfermedad, etc. también se utilizan para medir la equidad y eficiencia.
- Otros datos demográficos
  - Indicadores como la tasa de crecimiento de la población, tasas de fertilidad, etc. se utilizan para proyectar y presupuestar gastos en salud en el futuro

1. **Indicadores socioeconómicos:** El país que está elaborando CNS debe comparar sus cifras de gastos en salud con las de otros países de situación socioeconómica semejante; se puede utilizar el PIB global o el PIB per cápita como punto de referencia. El acceso a la atención por grupos de ingresos puede utilizarse para medir la equidad. Cuando sea posible, se deberá utilizar la paridad del poder adquisitivo (o de compra) (PPA) y los precios constantes, especialmente para llevar a cabo un análisis de tendencia.
2. **Datos sobre la producción de los servicios de salud:** Algunos indicadores tales como la tasa de inmunización y el volumen de pacientes se utilizan para calcular la eficiencia de los recursos utilizados.
3. **Datos sobre los resultados de salud:** Las estadísticas sanitarias y el peso de la enfermedad también se utilizan para medir la equidad y eficiencia.
4. **Otros datos demográficos:** Algunos indicadores como la tasa de crecimiento de la población y la tasa de fertilidad se utilizan para predecir el gasto en salud en el futuro y elaborar presupuestos, lo que puede utilizarse como una herramienta estratégica de planeación de políticas.

Ejemplo de un estudio de caso: fomento de las CNS en Jordania

Las CNS muestran que Jordania gasta el 9.1% de su PIB en atención de salud (Al-Madani, Ali, Lubna Al-Shatwieen, Dwayne Banks et al., 2000). Por sí sola, esta estadística no es muy informativa y tampoco proporciona ningún mensaje en términos de políticas, dado que no indica a los encargados de la elaboración de políticas el significado de la estadística. Es necesario comparar este resultado de CNS con otros datos.

Datos comparativos internacionales: La tasa (DE QUE) de Jordania es la segunda más alta entre los ocho países de la región del Oriente Medio (De y Shehata, 2001).

Datos socioeconómicos: Es posible que este nivel de gastos no sea sostenible dado el débil crecimiento económico (~2% anual desde 1998) y la alta tasa de crecimiento de la población (3.8%).

Datos sobre salud: El porcentaje del PIB de Jordania destinado a la atención de salud puede ser demasiado alto en comparación con los indicadores de salud como la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna.

Interpretación de los datos de CNS

- La contribución más valiosa de las CNS es mirar más allá de los resultados mismos – en las preguntas "¿y qué sucede?" que los resultados pueden contestar
- Por ej. Jordania gasta 9.1 % de su PIB en atención de salud
- "¿Y qué sucede" si Jordania gasta tanto en atención de salud?
- La interpretación de los datos de CNS dentro del CONTEXTO GENERAL de las circunstancias y características particulares de un país incrementa su relevencia

De estos resultados se pueden extraer dos implicaciones de política evidentes:

1. Jordania debe aumentar la eficiencia en el uso de sus recursos de salud para producir, al mismo costo, más servicios y de mejor calidad para satisfacer las necesidades de su creciente población, y
2. Contener los costos en todo el sector salud.

Nota para los instructores

Muestre la transparencia 7 y resuma algunas formas en que los resultados de CNS pueden hacerse más sobresalientes.

II. ¿De qué forma las CNS proporcionan información para el proceso de elaboración de políticas?: Ejemplos

La gráfica 8.2 muestra cómo las CNS facilitan el proceso de elaboración de políticas en todas las etapas: diálogo, diseño, ejecución, supervisión y evaluación.

Gráfica 8.2: How NHA Links to Health Policy Decisions

Health policy decision areas	Flow of resources in health financing	Some key policy questions
Resource mobilization/ financing strategies	**Financing Sources**	How are resources mobilized? • Who pays? • Who finances? • Under what scheme?
Pooling arrangements Cost recovery Regulation of payers	**Financing Agents**	How are resources managed? • What is the financing structure? • What pooling arrangements? • What payment/purchasing arrangements?
Financial incentives Subsidies Resource allocation Provider regulation	**Inputs Providers Functions**	Who provides what services? • Under what financing arrangements? • With what inputs?
Targeting Redistributive policies	**Important Distributions e.g.** Age/ Gender; Location; Socio-Econ. Status	Who benefits? • Who receives what? • How are resources distributed?

A continuación se presentan algunos ejemplos de cómo diferentes países han utilizado la herramienta de CNS con respecto a la política.

Diálogo sobre políticas

Egipto

Egipto constituye un ejemplo de un país donde los resultados de las CNS combinados con otros datos fueron utilizados por el Ministerio de Salud y Población y los organismos internacionales (Banco Mundial, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la Comunidad Económica Europea (CEE)) con el objeto de iniciar un diálogo sobre políticas que condujo al diseño y la implantación en curso de una iniciativa para reestructurar la forma en que se organiza y financia la atención primaria de salud.

Los resultados de las CNS revelaron que en Egipto se destinó alrededor del 4% del PIB a la atención de salud; los gastos directos de los hogares representaron el 50% del gasto total; y el Ministerio de Salud y Población (MDSP) cubrió menos del 20% de dicho gasto. Si bien el monto destinado a la atención primaria debería haber sido suficiente para proporcionar un conjunto de servicios básicos para todos, la mayoría de estos recursos no se organizó ni asignó eficientemente. La carga de estos gastos no se distribuyó en forma equitativa, y los pobres debían gastar la mayor parte de sus ingresos familiares. Además, dada esta forma de financiamiento, los pobres y habitantes de zonas rurales tuvieron un menor acceso a la atención de salud.

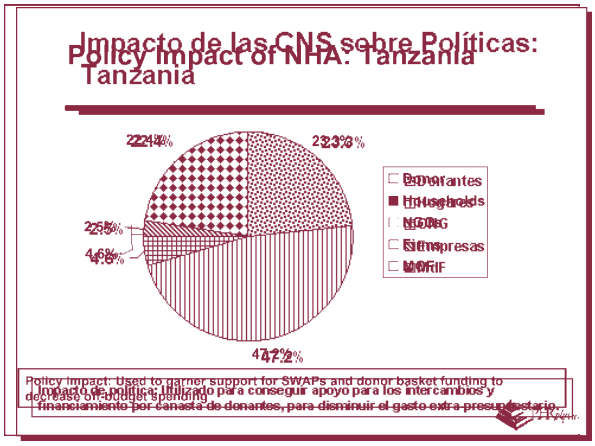
Impacto de las CNS sobre Políticas: Egipto

- Los resultados de CNS de 1994/95 mostraron que
- El GTS es 4% del PIB
- Gastos directos = 50% de GTS
- La contribución del MDS baja <20 % del GTS
- La evaluación de resultados con información socioeconómica reveló una distribución de estos gastos más bien inequitativa
- Por ende, niveles menores de acceso para los hogares pobres rurales
- La agenda de la reforma fue diseñada y está siendo implementada– paquete de beneficios básicos para todos los egipcios

Los resultados proporcionaron al Ministerio de Salud y Población la información necesaria para convencer a la Asamblea Popular, el público y quienes trabajan dentro del MDSP de la necesidad de reestructurar significativamente la forma en que se organiza y financia la atención primaria de salud en Egipto. Asimismo estos resultados proporcionaron información valiosa al Banco Mundial, la USAID y la CEE para las discusiones sostenidas con el gobierno, así como entre ellos mismos.

Tanzania

Los resultados del proyecto de informe de CNS revelaron que las contribuciones de los donantes al sector salud son sumamente importantes y que una parte considerable de los gastos de los donantes no se registra adecuadamente en los presupuestos gubernamentales. Ello implica una mala coordinación de los recursos de los donantes y poco control del gobierno sobre la administración de los fondos del sector de salud. Los resultados de las CNS se utilizaron internamente dentro del gobierno y se informaron a algunos donantes, a fin de conseguir apoyo para los enfoques sectoriales y financiamiento para disminuir el gasto extrapresupuestario.



México

Las CNS revelaron que el gasto en salud varía considerablemente dentro de México, donde el gasto en los estados más ricos es seis veces el de los estados pobres. Al evaluar nuevamente los resultados de las CNS en conjunto con los datos sobre los ingresos de los hogares, se pusieron de manifiesto las disparidades, especialmente en los gastos privados. Los análisis revelaron que en el decil de ingresos más bajo (que constituye el 17% de la población), los gastos en salud consumen más del 50% del ingreso familiar disponible. Ello tiene un efecto catastrófico en el nivel de vida.

Otro de los resultados clave indicó que los gastos de salud pública no se distribuyen de acuerdo con las necesidades medidas por la carga de la enfermedad. Como resultado, el MDS inició un diálogo sobre políticas para canalizar y monitorear la asignación de las transferencias públicas a los estados de acuerdo con la necesidad medida por los niveles de ingresos y/o la carga de la enfermedad. Los datos también revelan la existencia de debates sobre seguros para los pobres.

Diseño e implantación de políticas

Egipto

Discusiones informativas para reestructurar la atención primaria de salud en Egipto: El Ministerio de Salud y Población (MDSP) de Egipto y los organismos internacionales colaboradores (Banco Mundial, USAID y Comisión Europea) utilizaron los resultados de las CNS, así como datos no financieros, para iniciar un diálogo sobre políticas que condujo al diseño y la actual implantación de una iniciativa para la reestructuración de la atención primaria de salud. Los resultados de las CNS contribuyeron al fomento de esta iniciativa al demostrar que Egipto destinó alrededor del 4% de su producto interno bruto (PIB) a la atención de salud, los gastos directos de los hogares representaron la mitad del gasto total, y el MDSP cubrió menos del 20% de dicho gasto. Si bien el monto destinado a la atención primaria debería haber sido suficiente para proporcionar un conjunto de servicios básicos para todos, la mayoría de estos recursos no se organizó ni asignó eficientemente. La carga de estos gastos no se distribuyó en forma equitativa, y los pobres debían gastar la mayor parte de sus ingresos en atención. Además, a raíz de esta forma de financiamiento, los pobres y habitantes de zonas rurales tuvieron un menor acceso a la atención de salud.

Dichos resultados proporcionaron al entonces Ministro de Salud y Población de Egipto la información necesaria para convencer a la Asamblea Popular, el público y quienes trabajan dentro del MDSP, de la necesidad de reestructurar significativamente la forma en que se organiza y financia la atención primaria de salud en Egipto. Además, las CNS proporcionaron información valiosa al Banco Mundial, la USAID y la CE para las discusiones sostenidas con el gobierno. En consecuencia, el Ministro de Salud y los donantes internacionales, a través de una serie de conversaciones, pudieron alcanzar un programa de reforma mutuamente aceptable, así como recibir apoyo financiero.

Líbano

En el Líbano, los resultados de las CNS de 1998 reflejaron un gasto excesivo en atención de salud –casi el 12.5% del PIB, cifra mucho mayor que la de otros países de ingresos medianos altos con características socioeconómicas semejantes. Una investigación realizada con el objeto de buscar las razones de los elevados gastos reveló que un alto

Impacto de las CNS sobre Políticas: Líbano

	%de PIB gastado en atención de salud	Tasa anual de crecimiento (%PNB)	%Tasa anual de crecimiento	Carga de enfermedad
Líbano	12.3	1.0	2.7%	↑ Condiciones Crónicas de Salud
Jordania	9.1	0.8	3.8%	
OCDE	8.3	--	--	--

- La tasa de crecimiento económico proyectada para los próximos años es de sólo 0.9% , se espera que la población se duplique en los próximos 10-20 años, los cambios demográficos (incremento de la pob. más adulta.) se traducirán en servicios de salud costosos.
- Altos costos de salud no son viables en el Líbano, dadas las circunstancias. El gobierno libanés está actualmente en el proceso de introducir reformas al pago de proveedores –pagos por capitación y tarifas preestablecidas-.

porcentaje de los servicios de salud fueron proporcionados por el sector privado, pero pagados por el gobierno contra pago de honorarios.

Ello contribuyó a tener elevadas tasas de utilización y, por consiguiente, altos costos. Como resultado, el Gobierno del Líbano está tomando medidas para introducir reformas relativas al pago a los proveedores. La reforma introducirá un sistema de pagos capitados y un arancel de honorarios e identificará los procedimientos médicos que pueden realizarse sobre la base de una atención ambulatoria o diurna en lugar de la actual atención hospitalaria que es más costosa.

Sudáfrica

En Sudáfrica, la primera ronda de CNS, que estimaba los gastos del período 1992-1993, se llevó a cabo poco después del término del apartheid como respuesta al compromiso del gobierno dirigido por el Congreso Nacional Africano de asignar los recursos más equitativamente, en particular, para atender a las necesidades de las poblaciones tradicionalmente marginadas. Este nuevo marco normativo exigía un enfoque para la formulación de políticas basado en pruebas científicas; se identificó a las CNS como una herramienta potencialmente útil para proporcionar información pertinente en términos de política sobre la condición del sistema de atención de salud para cumplir los objetivos de equidad. Los principales resultados de las CNS mostraron que la distribución geográfica de los recursos de atención de salud no era equitativa. En este sentido, se invertía menos dinero en atención de salud pública en los distritos administrativos más pobres que en los más ricos. El gasto de salud pública promedio por persona fue 3.6 veces mayor en los distritos más ricos que en los más pobres. Además, estos últimos (que constituyen las zonas con la mayor cantidad de problemas de salud) tenían el peor acceso geográfico al personal de salud, los hospitales y las clínicas. Específicamente, en los distritos administrativos más ricos se emplearon 4.5 veces más médicos y 2.4 veces más enfermeras registradas que en las zonas más pobres (cuadro 8.1).

Impacto de las CNS sobre Políticas: Sudáfrica

Provincia	Gasto total salud per cápita	Doctores generalistas	Doctores especialistas	Enfermeras registradas
E. Transvaal	136.60	6.48	0.48	67.63
N. Transvaal	164.07	⋮	⋮	⋮
North-West	178.91	⋮	⋮	⋮
N. Cape	221.15	⋮	⋮	⋮
E.Cape	226.98	⋮	⋮	⋮
KwaZulu-Natal	236.88	⋮	⋮	⋮
Orange Free State	266.49	⋮	⋮	⋮
Gauteng	381.66	⋮	⋮	⋮
W. Cape	491.13	30.63	23.71	200.46

Impacto de política: Moratoria para la construcción de hospitales privados sin certificado de necesidad, mayor regulación estatal sobre el sector privado (equidad) y re-focalización de recursos hacia la atención primaria.

Además de contribuir a despertar una mayor conciencia en los niveles políticos más altos con respecto a las disparidades en la asignación de los recursos, los resultados de las CNS sirvieron de estímulo para diseñar nuevas políticas destinadas a redistribuir geográficamente los recursos de salud de Sudáfrica de manera más equitativa. Por ejemplo, se declaró una

moratoria gubernamental para la construcción de nuevos hospitales privados, dado que estos solían construirse en los barrios más ricos, donde los residentes ya tenían el mejor acceso a la atención de salud. Además, el estudio impulsó al gobierno a tomar un rol más activo en lo que se refiere a coordinar y regular dónde se utilizan los recursos de salud públicos, así como los privados. Asimismo, los asuntos relativos a la equidad destacados en el estudio también contribuyeron a que el gobierno se comprometiera a dirigir los fondos de salud pública a servicios de atención de salud primaria e infraestructura, especialmente en las regiones pobres y rurales del país. Finalmente, se iniciaron conversaciones y se presentó una propuesta para la introducción de un sistema nacional de seguro social de salud. Las CNS contribuyeron significativamente al desarrollo de políticas gubernamentales destinadas a mejorar la equidad, dado que proporcionaron información importante sobre los recursos de atención de salud del país que cada grupo de nivel de ingresos absorbía.

Cuadro 8.1: Sudáfrica: Distribución de los proveedores de atención de salud por quintiles de ingreso

Quintiles de distritos magisteriales ordenados por ingreso per cápita	Doctores generales	Enfermeras certificadas
Q1 (ingreso más bajo)	5.1	78.7
Q2	9.4	90.9
Q3	15.8	128.4
Q4	13.5	128.2
Q5 (ingreso más elevado)	23.3a	189.9

Fuente: McIntyre et al., 1995

Supervisión y evaluación

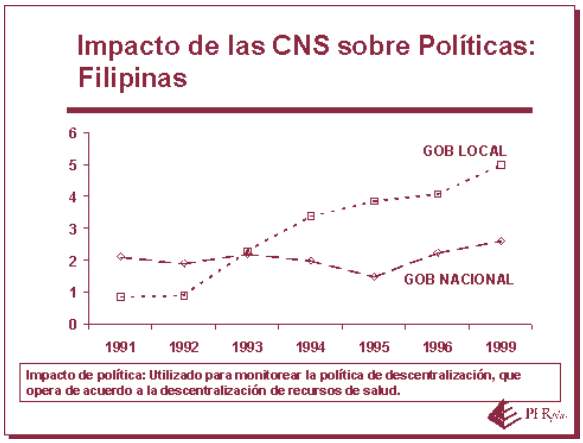
Las comparaciones de tendencias pueden realizarse en países donde las CNS se llevan a cabo permanentemente. Tales comparaciones ayudan a evaluar la efectividad de las estrategias aplicadas. La producción consistente de CNS permite a los encargados de tomar las decisiones comprender cómo se utilizan los recursos de la salud en el tiempo y cómo han cambiado los patrones de asignación, y evaluar si las políticas/reformas anteriores están remediando o no los problemas o marchan a la par con la demografía cambiante. Este beneficio longitudinal de repetidas rondas de CNS concede a los encargados de tomar decisiones una oportunidad única de evaluar el desempeño pasado y alinear más efectivamente las reformas futuras con los cambios demográficos.

Como se discutió anteriormente, otra forma de utilizar los resultados de las CNS como una herramienta de evaluación es mediante la comparación de los datos de un sistema de salud del país con los de otros. Cuando los patrones de gastos de un país son atípicos de sus pares (países con

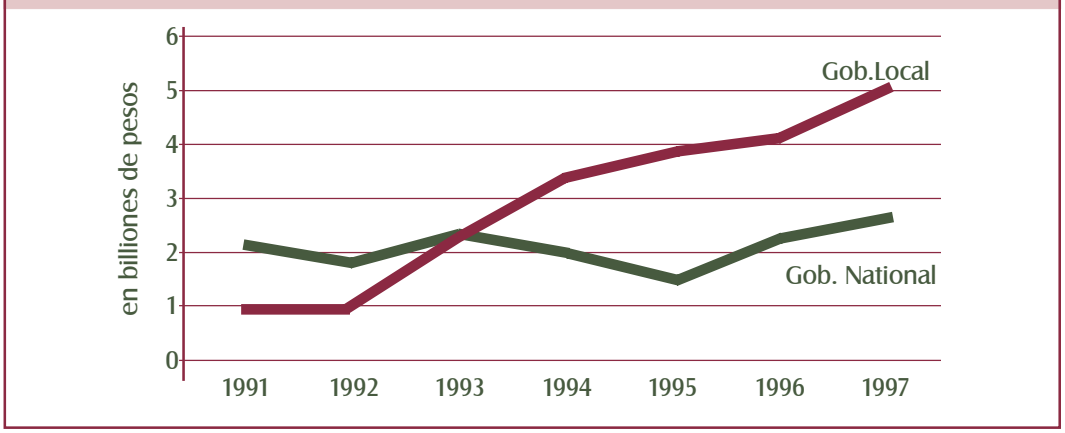
resultados de salud y antecedentes socioeconómicos semejantes), éste levanta una bandera roja de advertencia para los encargados de la elaboración de políticas.

Filipinas

Cuando se realizan sobre una base periódica (datos de tendencia), las CNS pueden permitir percibir considerablemente el impacto de las políticas de atención de salud. En Filipinas, los estudios de CNS elaborados anualmente desde 1991 a 1997, junto con otros indicadores de datos de salud no financieros, así como otros ajenos al sector de salud, se utilizaron para evaluar el aumento de los gastos en salud de los gobiernos locales. Se utilizó un indicador para rastrear la política de transferencia de los servicios de salud aplicada a comienzos de 1993 como parte de una política más amplia de descentralización del gobierno. Por otra parte, también se utilizaron las CNS para evaluar la eficiencia en la asignación[1] de los cambios en el gasto de salud del gobierno. La contabilidad consistente de las CNS en relación con todos los gastos en salud proporcionó al gobierno datos sobre el gasto gubernamental local y central (Gráfica 8.3) antes y después de la descentralización. Los datos permitieron a los encargados de la elaboración de políticas determinar si sus estrategias de descentralización condujeron al aumento del gasto en salud del gobierno local y a la prestación de más tipos de servicios de salud «de bien público".



Gráfica 8.3: Filipinas: tendencias en el patrón de gastos de los gobiernos locales y general (en precios constantes de 1991)



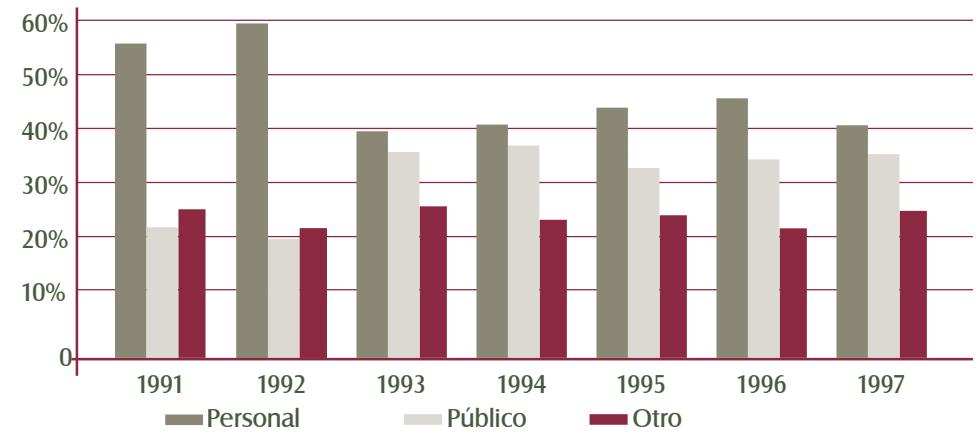
Gastos del gobierno nacional y local en cuidado de la salud pública (con una constante de los precios de 1991)

[1] Asignación efectiva: contribución del gasto en salud a la reducción en la carga de la enfermedad.

Previo a las reformas, tanto el financiamiento central como regional era muy bajo, y, en el caso del gobierno central, estaba en efecto decreciendo significativamente. Sin embargo, las CNS revelaron que con la descentralización los gobiernos locales utilizaron sus asignaciones presupuestarias aumentadas del gobierno central para incrementar considerablemente su contribución financiera para la atención de salud (véase el histograma en la gráfica 8.4). Estos resultados sugieren que los gobiernos locales están comprometidos con la salud.

Con relación a dónde se estaban utilizando los fondos, las CNS revelaron que durante el período de seis años, los gastos en salud del gobierno para la atención de salud individual (aquellos beneficios que se acumulan solo para las personas) disminuyeron del 55% al 40%. Por otra parte, los gastos del gobierno por concepto de atención de salud pública (servicios como las inmunizaciones, que benefician tanto a la comunidad como a las personas, es decir bienes públicos) aumentaron de 25 a 35%. Nuevamente, este aumento obedeció en gran medida a un mayor financiamiento de los gobiernos locales, que asignaron más de la mitad de sus recursos a la atención de la salud pública en 1997. En consecuencia, las CNS y, en particular, su implantación sobre una base anual (datos de tendencia), contribuyeron a monitorear y evaluar el impacto de la descentralización en la atención de la salud.

Gráfica 8.4: Filipinas: Porcentaje de participación del gobierno en los gastos de salud



Fuente : Schwartz et al., 2000

III. Estrategia de difusión

Tal como se ha señalado repetidamente en este manual, el proceso de CNS no pretende ser solamente un ejercicio para los contadores gubernamentales, en que los resultados son conocidos solo por unos pocos miembros del personal del ministerio. Por el contrario, el tiempo y los recursos necesarios para implantar las CNS son de utilidad para un país sólo si los resultados de éstas se interpretan conjuntamente con otras estadísticas socioeconómicas y de salud, presentadas de una forma que sea pertinente para la elaboración de políticas y comprensible para los encargados de la formulación de las mismas, y luego utilizadas en el proceso de elaboración de políticas. Ello requiere un Comité Director de CNS y un equipo con miembros que comprendan el escenario político, conozcan -y tengan acceso a- colegas encargados de la formulación de políticas, sean capaces de plasmar adecuadamente el mensaje, y estén dispuestos a invertir tiempo en presentar los resultados de las CNS a otros. En resumen:

Tres pasos para comprender el verdadero alcance de las CNS

1. Producción de resultados en CNS
   - Responsabilidad: equipo técnico de CNS
2. Interpretación de los resultados e implicaciones de políticas
   - Responsabilidad: líder/es equipo CNS y el comité director
3. Ejecución de política
   - Responsabilidad: poder legislativo del país

Los resultados de las CNS son útiles en la medida en que la interpretación de los mismos responda a preguntas específicas

- Los jefes del equipo de CNS deben tener una “visión panorámica”; estar bien conectados en el gobierno; y estar al tanto de los principales asuntos del sector salud.
- Los miembros del Comité Director deben utilizar su perspectiva y experiencia en las decisiones de política para ayudar a los jefes de equipo de CNS a agregar valor a la interpretación de los datos de CNS.
- Los asuntos de política identificados anteriormente como pertinentes para el proceso de CNS deben revisarse a la luz de los datos obtenidos. Sin embargo, quienes interpreten los datos deben también estar abiertos a otros descubrimientos nuevos y sorprendentes relacionados con otros temas.
- El equipo de CNS debe elaborar una estrategia de difusión para dar a conocer los resultados e ilustrar su valor. En la unidad 9, se presentan más detalles sobre las etapas clave hacia la institucionalización.

IV. Aplicación de esta Unidad: Cómo interpretar los datos para efectos de política

Esta subsección presenta respuestas a las preguntas planteadas en la Unidad 8 de las Notas.

Pregunta 1

¿Qué temas de política plantean los datos siguientes en cuanto al sector de salud de Susmania?

Respuesta

Tal como se aprecia en el Cuadro 8.2, a partir de 1997 Susmania está gastando un porcentaje significativo del PIB en atención de salud (15 por ciento, comparado con el 8 por ciento promedio para 1997 reportado por la OCDE para sus países miembros); sin embargo, los indicadores de salud son bajos (véase el Cuadro 8.8).

Cuadro 8.2: Gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto

A0241o	Porcentaje
1989	2.60
1990	2.60
1991	3.00
1992	3.20
1994	8.00
1997	14.96

¿A qué se debe este marcado incremento (las cifras casi se duplican) entre 1994 y 1997? Esto sugiere que deben examinarse de cerca los cambios en materia de política acontecidos en ese período. ¿Acaso el gobierno asumió una mayor responsabilidad en materia de atención curativa? ¿Ocurrió una epidemia? ¿O acaso hubo una fluctuación en el PIB total? Antes de realizar suposiciones, el equipo de CNS debe obtener las cifras correspondientes a los PIB totales (no sólo los porcentajes) para verificar si hubo una fluctuación significativa.

Toda la población tiene cobertura de salud (Cuadro 8.3); sin embargo, el gasto de los hogares en salud es alto y los indicadores de salud muestran un estado de salud muy precario. El MDS cubre 43 por ciento de la población: sin embargo, le corresponde sólo una pequeña fracción de los gastos en salud.

Cuadro 8.3: Porcentaje de población cubierta por varios agentes financiadores

Agente financiador	Porcentaje de la población cubierta
Fondo de seguridad social nacional (NSSF)	32.43%
Fondo de seguros de empleados públicos (CSC)	5.40
Ejércitoi	8.78
Seguro social familiar (ISF)	2.11
Seguro general y seguro esatal	0.46
Seguro p[rivado	8.00 (complete coverage)
	4.60 (gap insurance)
MDS	42.70

El financiamiento de la salud pública está repartido entre ocho ministerios y otros organismos (Cuadro 8.4). Esto se traduce en una duplicación frecuente de funciones administrativas.

Cuadro 8.4: Agentes financiadores y ministerio encargado de su supervisión

Agente financiador	Ministerio supervisor
Fondo de la Seguridad Social Nacional (NSSF)	Ministerio del Trabajo
Fondo de Seguro de los Empleados Públicos (CSC)	Presidencia del Consejo de Ministros
Ejército	Ministerio de Defensa Nacional
Seguro Social de la Familia (ISF)	Ministerio del Interior
Seguro General y Seguro Estatal	Ministerio del Interior
Seguro privado	Ministerio de Economía y Comercio
Fondos mutuos	Ministerio de Vivienda y Cooperativas
Ministerio de Salud	Ministerio de Salud

Los pagos directos son elevados (aproximadamente 50 por ciento de los gastos totales en salud de Susmania) pese a que toda la población tiene cobertura de salud (cuadro 8.5). ¿Por qué?

Cuadro 8.5: Fuentes de agentes financiadores para año 1997 (en millones de Cr)

Agente financiador	MDF	Empresas	Hogares	Totales
MDS	164			164
Fondo de Seguro de los Empleados Públicos (CSC)	27			27
Fondo de la Seguridad Social Nacional (NSSF)	36	95		131
Ejército	54			54
Seguro Social de la Familia (ISF)	45			45
Seguro general	4			4
Seguro estatal	1			1
Fondos mutuos	10	8		18
Seguro Privado	0	157		157
Hogares	0	0	785	785
Total	341	260	785	1386

Prácticamente todos los fondos de salud –¡incluido el grueso del gasto del MDS!- se destina al pago de proveedores privados (Cuadro 8.6). Los hogares realizan co-pagos en los centros de salud del MDS.

Cuadro 8.6: Agentes financiadores a proveedores para el año 1997 (en millones de Cr)

	MDS	CSC	NSSF	Ejército	ISF	Seguro social	Seguro estatal	Fondos mutuos	Seguro privado	Hoga-res	Total
MDS	23										23.0
Ejército				16							16.0
Establecim. OP privados	8	13	66	13	14	2	0.5	6		600	722.5
Hospitales privados	128	14	65	25	31	2	0.5	12	157	185	619.5
Otros	5										5.0
Total	164	27	131	54	45	4	1	18	157	785	1386.0

Tal como se aprecia en el Cuadro 8.7, 57.648.232 crutones –un tercio del gasto total de 164 millones de crutones del MDS- está destinado a gastos por servicios especializados. La cobertura total del MDS para estos servicios selectos es sólo 2 por ciento de la población.

Cuadro 8.7: Gastos del MDS en servicios de salud selectos (Cr)

Servicio	Gasto	Número de beneficiarios
Diálisis	13,615,918	10,220
Cirugía a corazón abierto	18,832,314	14,000
Medicamentos para enfermedades crónicas	25,300,000	61,840
Total	57,648,232	86,060

Cuadro 8.8: Indicadores de salud de Susmania				
País	Esperanza de vida al nacer (OMS 2000)	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacimientos vivos) UNICEF 2000)	Tasa de fertilidad total en 1999 (OMS 2000)	Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacimientos vivos) (OMS 2000)
Djibuti	45 (M), 45 (F)	111	5.2	740*
Egipto	64.2 (M), 65.8 (F)	51	3.2	170
Irán	66.8 (M), 67.9 (F)	29	2.7	37
Jordania	66.3 (M), 67.5 (F)	30	4.47	41**
Susmania	58 (M), 58 (F)	80	4.3	100
Marruecos	65 (M), 66.8 (F)	57	2.9	230
Tunisia	67.0 (M), 67.9 (F)	25	2.5	70
Yemen	57.3 (M), 58.0 (F)	87	7.4	350***
Países ODCE+	73.2 (M), 79.6 (F)	12	2.5	8.5

Fuente: PNUD 2000
*Datos disponibles más recientes para 1989-90
**Jordania oficialmente declara una tasa de mortalidad materna de 132 para 1997 (Res. Ej. de CNS)
***Yemen oficialmente declara una tasa de mortalidad materna de 1200 y una tasa de fertilidad total de 7.6 (Informe de CNS de Yemen)
+En la estimación de 1996 6 de los 29 países de la OCDE no entregaron estimaciones de tasa de mortalidad materna.

Cuadro 8.9: Distribución de la población activa por género		
Categoría	Número	Porcentaje
Hombres	962,726	79%
Mujeres	260,047	21%
Población total	1,222,773	100%

Las mujeres no son muy activas en el sector formal y por lo tanto tienen menos acceso a cobertura de salud.

La población total de Susmania es de 4 millones de habitantes.

References

Al-Madani, Ali, L. Al-Shatwieen, D. Banks, et al. 2000. *Jordan National Health Accounts*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc. (Marzo.)

De, Susna e Ibrahim Shehata. 2001. *Comparative Report of National Health Accounts: Findings from Eight Countries in the Middle East and North African Region*. Technical Report No. 64. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

McIntyre D. et al., 1995. *Health Expenditure and Finance in South Africa.* Health Systems Trust y el Banco Mundial, Suráfrica.

Schwartz, J.B., R. Racelis, y D.K. Guilkey.2000. *Decentralization and local government health expenditures in the Philippines.* Working Paper 0136. MEASURE Evaluation Project.

Unidad 8
Presentación de transparencias

1

PHRplus

Unidad 8:
Interpretación de los resultados e implicancias de política

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.U.U. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philosenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivos de aprendizaje

- Comprender la utilidad de las CNS en materia de política
- Aprender a interpretar y presentar los resultados de las CNS para responder a las preguntas referidas a "qué sucede"
- Conocer las implicaciones de política de los resultados
- Familiarizarse con experiencias de otros países

PHRplus

3

Ahora que usted ha completado los cuadros, ¿qué significan los datos?

- En esta etapa, el proceso de interpretación es importante. ¿Por qué?
- Las CNS son útiles en tanto pueden identificar problemas puntuales, pero esto depende de cómo los datos son INTERPRETADOS y PRESENTADOS

NOTAS DEL EXPOSITOR

Los resultados de las CNS tienen que:

Ser relevantes

Ser presentadas a los usuarios o clientes relevantes

Elaborarse en un formato adecuado

Cumplir con un plazo oportuno.

Una matriz de 20 x 20 en medio de un informe de 100 páginas guardado en la repisa de un encargado de política de nivel medio no tiene ninguna utilidad.

Muchos países fallan en este nivel debido a una mala interpretación, a que no se trató un punto pertinente, etc. La interpretación y presentación de los datos de CNS es el tema de esta sección.

4

Cómo interpretar datos de CNS usando otros tipos de datos

- Indicadores socioeconómicos
  - Compare las cifras de gastos en salud con otros países de nivel socioeconómico similar.
  - Utilice el PIB general o PIB per cápita como punto de referencia.
  - Compare el gasto en salud como porcentaje del PIB en relación con otros gastos de desarrollo social como porcentaje del PIB
  - Observe el acceso a la atención por grupos de ingreso para medir la equidad.
  - Donde sea posible utilice paridad de poder de compra y moneda constante – especialmente para realizar análisis de tendencia
- Datos de producción de servicios de salud
  - La tasa de inmunización, el número de proveedores de atención de salud, el volumen de pacientes, etc. se utilizan para calcular la eficiencia de los recursos utilizados.
- Datos de resultados en salud
  - Las estadísticas de salud, la carga de enfermedad, etc. también se utilizan para medir la equidad y eficiencia.
- Otros datos demográficos
  - Indicadores como la tasa de crecimiento de la población, tasas de fertilidad, etc. se utilizan para proyectar y presupuestar gastos en salud en el futuro

5

Interpretación de los datos de CNS

- La contribución más valiosa de las CNS es mirar más allá de los resultados mismos – en las preguntas "¿y qué sucede?" que los resultados pueden contestar
- Por ej. Jordania gasta 9.1 % de su PIB en atención de salud
- "¿Y qué sucede" si Jordania gasta tanto en atención de salud?
- La interpretación de los datos de CNS dentro del CONTEXTO GENERAL de las circunstancias y características particulares de un país incrementa su relevencia

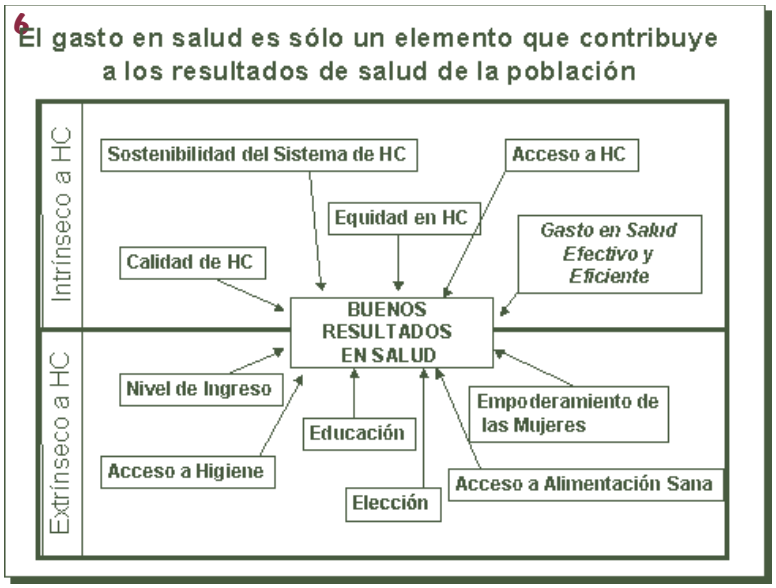
NOTAS DEL EXPOSITOR

La información en sí no es tan significativa como la respuesta a la pregunta "¿Y qué sucede si Jordania gasta tanto en salud?"Al comparar este nivel de gasto con los resultados en Salud de Jordania u otros países con un nivel socioeconómico similar, la respuesta a la pregunta "y qué"se vuelve más relevante: es probable que este nivel de gasto no sea sostenible para Jordania, dados su lento crecimiento económico y su rápido crecimiento demográfico. Los resultados tienen dos implicaciones para el sector salud: 1) aumentar la eficiencia 2) reducir costos en el sector de la salud.

En Sudáfrica, Di Mcyntyre señala que la recopilación de otros datos no financieros (por ejemplo, la cantidad de establecimientos de salud, de camas, de personal médico, y uso de los mismos en varios distritos) fue clave para maximizar el uso en políticas de salud de los resultados de las CNS. Esta información le permitió a Sudáfrica formular conclusiones en términos de "eficiencia" hospitalaria. En particular, se pudo comprobar que 81% de los gastos públicos estaban destinados a los hospitales y que, por lo general, había una baja tasa de ocupación de camas, particularmente en los hospitales universitarios y terciarios (o de alta especialidad). Sudáfrica también averiguó el gasto promedio por categoría de paciente diurno y la tasa de utilización y estimó cuánto dinero se podía ahorrar aumentando las tasas de utilización.

El punto que queremos resaltar es que para determinar lo que implican efectivamente las estimaciones de las CNS para las políticas del sector salud es útil analizar datos ajenos a las CNS, como los indicadores socioeconómicos, datos sobre producción de servicios de salud, datos sobre resultados en salud, etc.

Dicho esto, es importante no perder de vista que la información sobre el flujo de recursos financieros es valiosa en sí mismo, a saber, el porcentaje del PIB destinado a la salud.



NOTAS DEL EXPOSITOR

Esta figura resume un par de estrategias que pueden ayudar a que los resultados en salud sean más relevantes. Obviamente, no cubre todos los aspectos del análisis de los resultados de las CNS. El cuadro anterior, que usted probablemente ya ha visto, presenta un resumen de las diferentes áreas de contenidos que pueden ser alimentadas con los resultados de las CNS. Puede resultar útil a modo de lista de verificación de los tópicos de análisis.

Seguidamente se presentan algunas observaciones prácticas acerca de la interpretación y presentación de los resultados de CNS.

8

Impacto de las CNS sobre Políticas: Egipto

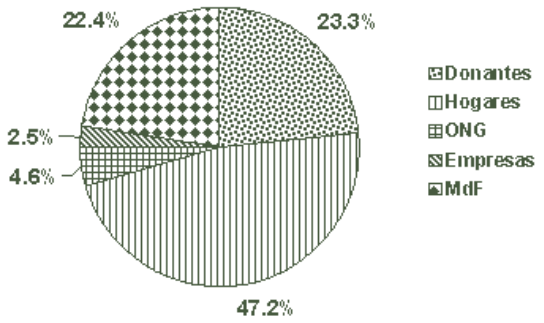
- Los resultados de CNS de 1994/95 mostraron que
- El GTS es 4% del PIB
- Gastos directos = 50% de GTS
- La contribución del MDS baja <20 % del GTS
- La evaluación de resultados con información socioeconómica reveló una distribución de estos gastos más bien inequitativa
- Por ende, niveles menores de acceso para los hogares pobres rurales
- La agenda de la reforma fue diseñada y está siendo implementada– paquete de beneficios básicos para todos los egipcios

NOTAS DEL EXPOSITOR

Este es un ejemplo de cómo los resultados de CNS fomentan el debate político y finalmente se traducen en el diseño y la elaboración de paquetes de beneficios básicos.

9

Impacto de las CNS sobre Políticas: Tanzania



Impacto de política: Utilizado para conseguir apoyo para los intercambios y financiamiento por canasta de donantes, para disminuir el gasto extra-presupuestario.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Resultado del borrador de CNS

Gran parte de los gastos en salud son extrapresupuestarios (particularmente los gastos de los donantes). Esto puede ser interpretado como una mala coordinación de los recursos de los donantes y un precario control de la gestión del sector de la salud.

Impacto de política

Usado internamente en el gobierno y mostrado a algunos donantes para conseguir más poyo y financiamiento externo con el fin de disminuir el déficit presupuestario.

NOTAS DEL EXPOSITOR

México realizó CRS

Resultados de las CNS

El gasto en salud varía considerablemente dentro de México, siendo hasta seis veces superior en las zonas más ricas que en las zonas más pobres.

Las disparidades son especialmente marcadas en los gastos privados (análisis de gastos catastróficos: en el decil de más bajo ingreso, los gastos en salud son catastróficos, es decir, consumen más del 50% del ingreso disponible para 17% de los hogares en ese decil.)

Los gastos públicos en salud no están distribuidos de acuerdo a lo que indica la carga de la enfermedad (las epidemias dan cuenta de aproximadamente 5% de la mortalidad adulta e infantil).

Impacto de política

Monitoreo de la asignación de transferencias de fondos públicos a los estados según las necesidades.

Presentación de evidencia para el debate sobre un seguro de salud para los desempleados o quienes trabajan fuera de la economía formal o para las personas de muy bajos recursos.

11

Impacto de las CNS sobre Políticas: Líbano

	%de PIB gastado en atención de salud	Tasa anual de crecimiento (%PNB)	%Tasa anual de crecimiento	Carga de enfermedad
Líbano	12.3	1.0	2.7%	↑ Condiciones Crónicas de Salud
Jordania	9.1	0.8	3.8%	
OCDE	8.3	--	--	--

- La tasa de crecimiento económico proyectada para los próximos años es de sólo 0.9% , se espera que la población se duplique en los próximos 10-20 años, los cambios demográficos (incremento de la pob. más adulta.) se traducirán en servicios de salud costosos.
- Altos costos de salud no son viables en el Líbano, dadas las circunstancias. El gobierno libanés está actualmente en el proceso de introducir refomas al pago de proveedores –pagos por capitación y tarifas preestablecidas-.

Notas del expositor

Como pueden observar, El Líbano y Jordania gastan más que los países de la OCDE en atención de salud. Tienen un acelerado crecimiento demográfico, con una población cada vez más vieja y principalmente urbana, lo que se traducirá en un alza en la demanda de más servicios, especialmente servicios curativos costosos. Todo esto tendrá que hacerse pese a que la tasa de crecimiento económico apunta en sentido inverso. En esas condiciones, ¿es sostenible su sector la salud? El país tiene que tomar medidas para asignar los recursos actuales de manera efectiva y eficiente.

Resultados de las CNS

Un estudio acerca del motivo por el cual los gastos eran tan elevados reveló que la política de "pago por servicio" en la cual el gobierno, ante la falta de proveedores públicos de salud, permitió que las personas solicitaran atención de salud en el sector privado y recibieran reembolso por ello contribuyó a que se produjeran altas tasas de utilización y, por ende, altos costos.

Impacto de política

Como resultado de estos hallazgos, se está introduciendo una reforma al sistema de pagos a los proveedores. Esta establecerá un sistema de pagos por capitación y una escala de tarifas; asimismo, se identificarán claramente ciertos procedimientos médicos que actualmente se realizan a través de hospitalización y que pueden realizarse de manera ambulatoria o con una hospitalización de corta estancia.

12

Impacto de las CNS sobre Políticas: Sudáfrica

Provincia	Gasto total salud per cápita	Doctores generalistas	Doctores especialistas	Enfermeras registradas
E. Transvaal	136.60	6.48	0.48	67.63
N. Transvaal	164.07	⋮	⋮	⋮
North-West	178.91	⋮	⋮	⋮
N. Cape	221.15	⋮	⋮	⋮
E.Cape	226.98	⋮	⋮	⋮
KwaZulu-Natal	236.88	⋮	⋮	⋮
Orange Free State	266.49	⋮	⋮	⋮
Gauteng	381.66	⋮	⋮	⋮
W. Cape	491.13	30.63	23.71	200.46

Impacto de política: Moratoria para la construcción de hospitales privados sin certificado de necesidad, mayor regulación estatal sobre el sector privado (equidad) y re-focalización de recursos hacia la atención primaria.

PI Rw.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Sudáfrica realizó unas CRS, lo que permitió comprobar la utilidad de capturar datos por distritos.

Hallazgos de las primeras CNS

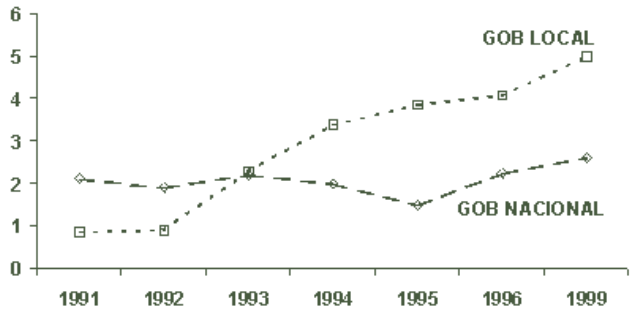
El gasto promedio de la salud pública por persona era 3,6 veces superior en los distritos más ricos que en los distritos más pobres.

Los distritos más pobres tenían el peor acceso a la atención de salud: los distritos más ricos empleaban 4,5 veces más doctores y 2,4 veces más enfermeras tituladas que los distritos más pobres (las cifras en el cuadro son por población de 100.000 habitantes)

Impacto de política

13

Impacto de las CNS sobre Políticas: Filipinas



Impacto de política: Utilizado para monitorear la política de descentralización, que opera de acuerdo a la descentralización de recursos de salud.

PI Rw.

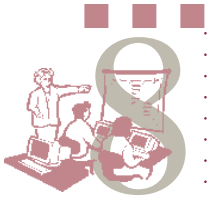
NOTAS DEL EXPOSITOR

Ejemplo de uso de las conclusiones de las CNS para efectos de monitoreo y evaluación

La participación del gobierno local en el gasto total en salud ha aumentado de manera sostenida desde la puesta en marcha de la política de descentralización a comienzos de los años 90.

Impacto de política

La descentralización financiera está funcionando tal como se había planeado.



14

Tres pasos para comprender el verdadero alcance de las CNS

1. Producción de resultados en CNS
   - Responsabilidad: equipo técnico de CNS
2. Interpretación de los resultados e implicaciones de políticas
   - Responsabilidad: líder/es equipo CNS y el comité director
3. Ejecución de política
   - Responsabilidad: poder legislativo del país

Los resultados de las CNS son útiles en la medida en que la interpretación de los mismos responda a preguntas específicas

NOTAS DEL EXPOSITOR

Una vez que el equipo técnico presenta los resultados, los jefes del equipo que tienen la "visión panorámica" interpretan los resultados –preguntan y responden a la pregunta "y qué". Sus interpretaciones son transmitidas al poder legislativo que promueve las iniciativas legales correspondientes para corregir las deficiencias detectadas por los análisis de las CNS.

15

¿Cómo las CNS fundamentan decisiones de política?

- Los resultados de CNS facilitan las discusiones y el diálogo sobre políticas
  - Identifican problemas
  - Actúan como catalizadores para la discusión
  - Sirven como fomento para la acción
- El diálogo facilita el diseño y la implementación de políticas
  - La retórica debe traducirse en acción política específica
- Los resultados de CNS son ideales para efectuar análisis de tendencias – monitoreo y evaluación
  - Realizar comparaciones históricas para evaluar si las estrategias implementadas tienen los efectos deseados
  - Oportunidad única para evaluar rendimiento pasado y realinear políticas para hacerlas más efectivas
  - Permitir comparaciones con otros países de categorías socioeconómicas similares o bien regiones de un país

16

Interpretación de los datos de CNS para efectos de política recomendaciones acerca del proceso

- Es útil disponer de un "jefe de interpretación de datos" a este nivel, alguien que entienda la información, que tenga una buena relación con los encargados de políticas, y que conozca los principales temas de la agenda del gobierno.
- El Comité Director de las CNS puede ser particularmente útil en este aspecto

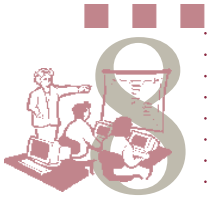
17

Interpretación de los datos de CNS para efectos de política (sigue)

- Recomendaciones adicionales acerca del proceso
- Puede ser útil antes de revisar los datos considerar los temas que están en la agenda del gobierno.
- PERO también esté abierto a "nuevos descubrimientos" o sorpresas que pudieran plantear nuevas áreas temáticas que requieran mayor investigación.

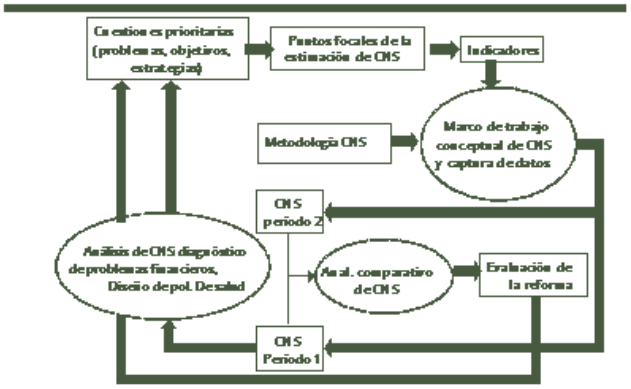
NOTAS DEL EXPOSITOR

En los países de ALC, las personas que reunieron los datos no son las mismas que las que redactaron los informes e interpretaron los resultados en términos de política. Muchos países de ALC tienen, básicamente, un equipo de CNS y un equipo de "interpretación y difusión".



18

Poniendo en primer lugar la cuestión política



19

Interpretación de los datos de CNS para efectos de política (sigue)

- Recomendaciones adicionales sobre el proceso
  - Destaque claramente el vínculo entre los resultados de CNS y otros resultados. Esto ayuda a apreciar el valor de las CNS y facilita su institucionalización.

20

Mensaje final

- Los resultados de las CNS se miden por su interpretación
- Las interpretaciones de datos se ven enriquecidas cuando son realizadas en el contexto de otros sectores socioeconómicos y de salud

21

Ejercicio

- Revise la información presentada en los impresos y escriba:
- Qué problemas piensa usted que plantean los datos
- Qué debiera ser investigado con mayor profundidad (a través de otros tipos de estudios, etc.)
- Dispone de 10 minutos para escribir sus respuestas. Prepárese para compartir sus observaciones con el resto de los participantes.

Unidad 8 - Ejercicios

Pregunta 1

¿Qué temas de política plantean los datos siguientes en cuanto al sector de salud de Susmania?

Cuadro 8.2: Gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto

A0241o	Porcentaje
1989	2.60
1990	2.60
1991	3.00
1992	3.20
1994	8.00
1997	14.96

Cuadro 8.3: Porcentaje de población cubierta por varios agentes financiadores

Agente financiador	Porcentaje de la población cubierta
Fondo de seguridad social nacional (NSSF)	32.43%
Fondo de seguros de empleados públicos (CSC)	5.40
Ejércitoi	8.78
Seguro social familiar (ISF)	2.11
Seguro general y seguro esatal	0.46
Seguro p[rivado	8.00 (complete coverage)
	4.60 (gap insurance)
MDS	42.70

Cuadro 8.4: Agentes financiadores y ministerio encargado de su supervisión

Agente financiador	Ministerio supervisor
Fondo de la Seguridad Social Nacional (NSSF)	Ministerio del Trabajo
Fondo de Seguro de los Empleados Públicos (CSC)	Presidencia del Consejo de Ministros
Ejército	Ministerio de Defensa Nacional
Seguro Social de la Familia (ISF)	Ministerio del Interior
Seguro General y Seguro Estatal	Ministerio del Interior
Seguro privado	Ministerio de Economía y Comercio
Fondos mutuos	Ministerio de Vivienda y Cooperativas
Ministerio de Salud	Ministerio de Salud

Cuadro 8.5: Fuentes de agentes financiadores para año 1997 (en millones de Cr)				
Agente financiador	MDF	Empresas	Hogares	Totales
MDS	164			164
Fondo de Seguro de los Empleados Públicos (CSC)	27			27
Fondo de la Seguridad Social Nacional (NSSF)	36	95		131
Ejército	54			54
Seguro Social de la Familia (ISF)	45			45
Seguro general	4			4
Seguro estatal	1			1
Fondos mutuos	10	8		18
Seguro Privado	0	157		157
Hogares	0	0	785	785
Total	341	260	785	1386

Cuadro 8.6: Agentes financiadores a proveedores para el año 1997 (en millones de Cr)											
	MDS	CSC	NSSF	Ejército	ISF	Seguro social	Seguro estatal	Fondos mutuos	Seguro privado	Hoga-res	Total
MDS	23										23.0
Ejército				16							16.0
Establecim. OP privados	8	13	66	13	14	2	0.5	6		600	722.5
Hospitales privados	128	14	65	25	31	2	0.5	12	157	185	619.5
Otros	5										5.0
Total	164	27	131	54	45	4	1	18	157	785	1386.0

Cuadro 8.7: Gastos del MDS en servicios de salud selectos (Cr)		
Servicio	Gasto	Número de beneficiarios
Diálisis	13,615,918	10,220
Cirugía a corazón abierto	18,832,314	14,000
Medicamentos para enfermedades crónicas	25,300,000	61,840
Total	57,648,232	86,060

Cuadro 8.8: Indicadores de salud de Susmania				
País	Esperanza de vida al nacer (OMS 2000)	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacimientos vivos) UNICEF 2000)	Tasa de fertilidad total en 1999 (OMS 2000)	Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacimientos vivos) (OMS 2000)
Djibuti	45 (M), 45 (F)	111	5.2	740*
Egipto	64.2 (M), 65.8 (F)	51	3.2	170
Irán	66.8 (M), 67.9 (F)	29	2.7	37
Jordania	66.3 (M), 67.5 (F)	30	4.47	41**
Susmania	58 (M), 58 (F)	80	4.3	100
Marruecos	65 (M), 66.8 (F)	57	2.9	230
Tunisia	67.0 (M), 67.9 (F)	25	2.5	70
Yemen	57.3 (M), 58.0 (F)	87	7.4	350***
Países ODCE+	73.2 (M), 79.6 (F)	12	2.5	8.5

Fuente: PNUD 2000
*Datos disponibles más recientes para 1989-90
**Jordania oficialmente declara una tasa de mortalidad materna de 132 para 1997 (Res. Ej. de CNS)
***Yemen oficialmente declara una tasa de mortalidad materna de 1200 y una tasa de fertilidad total de 7.6 (Informe de CNS de Yemen)
+En la estimación de 1996 6 de los 29 países de la OCDE no entregaron estimaciones de tasa de mortalidad materna.

Cuadro 8.9: Distribución de la población activa por género		
Categoría	Número	Porcentaje
Hombres	962,726	79%
Mujeres	260,047	21%
Población total	1,222,773	100%

Respuesta

9

Unidad 9
Institucionalización de las CNS

Duración

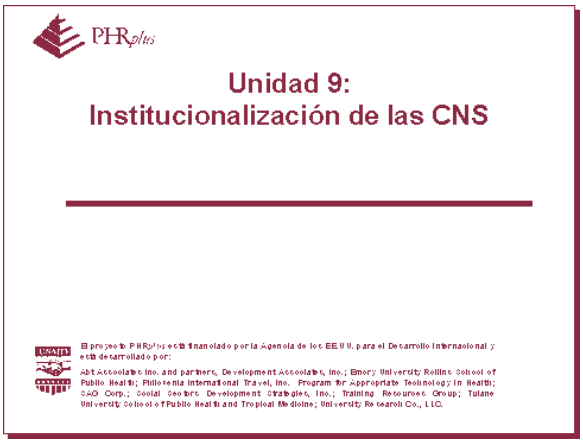
Capacitación regional: 20 minutos

Capacitación nacional: 60 minutos

Objetivos de aprendizaje

Al término de esta Unidad, los participantes deberán:

- Comprender cabalmente el concepto de institucionalización
- Estar familiarizados con algunos de los temas y desafíos relacionados con la institucionalización y cómo algunos países han lidiado con ellos
- Ser capaces de diseñar un marco de trabajo para la institucionalización de las CNS en su propio país



Contenido

- TEl concepto y los principales elementos de la institucionalización
- Los desafíos de las CNS en términos de permanencia
- Responder a los desafíos: las etapas clave hacia la institucionalización
- Ejemplo: el enfoque de Kenia sobre la institucionalización

Ejercicios

- Preguntas de aplicación

Nota para los instructores

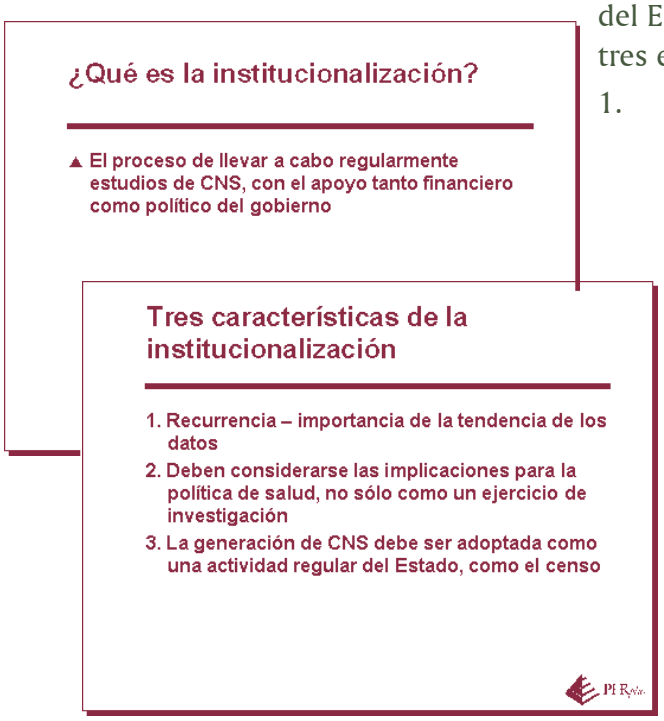
Ahora que los participantes han aprendido acerca del concepto, el objetivo y la metodología de las CNS, llegó la hora de abordar la importancia de su institucionalización.

Para iniciar esta unidad, reitere que, tal como se destacó repetidamente en el presente manual, el objetivo principal de las CNS es proporcionar evidencias empíricas al servicio del proceso político. Un país no puede sacar provecho pleno de la CNS si lleva a cabo esta actividad una sola vez. La realización periódica de CNS permite supervisar y evaluar el impacto de las intervenciones políticas, analizar las tendencias de un sistema de salud determinado y comparar un sistema de salud con otros.

Los participantes deben también entender que el mismo desarrollo de las CNS es parte del proceso de institucionalización y que éste debe darse de manera paralela al desarrollo de las CNS.

I. El concepto y los principales elementos de la institucionalización

La institucionalización es el proceso consistente en llevar a cabo estudios de CNS de manera regular, con pleno apoyo financiero y político del Estado. La institucionalización consta de tres elementos clave:



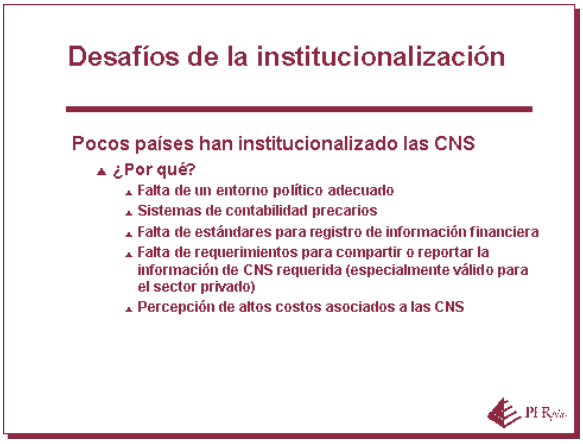
1. Recurrencia: se refiere a la repetición del ejercicio de CNS por un país, preferentemente sobre una base anual. La recurrencia de los estudios de CNS es vital para la generación de datos de tendencias y para que los ejecutores de políticas puedan supervisar el estado financiero de su sistema de salud a través del tiempo. Filipinas necesitó siete años de estimaciones de CNS para poder analizar cabalmente el impacto de los esfuerzos de descentralización del país[1] y sigue usando las CNS como una herramienta de control. Por lo general, la recurrencia es la primera, aunque no la única, característica asociada con la institucionalización.
2. Utilización política: para maximizar el apoyo de los niveles superiores a la elaboración de un estudio de CNS, sus resultados deben integrarse al proceso político de salud y no terminar en las repisas polvorientas de alguna institución académica o pública. La utilización política es un aspecto importante de la institucionalización y no debe confundirse con la recurrencia. Muchos países creen haber institucionalizado las CNS por el hecho de haberlas llevado a cabo repetidamente. Por ejemplo, FUNSALUD (Fundación Mexicana de la Salud), una ONG mexicana, elaboró CNS al menos durante un período de cinco años, desde principios hasta mediados de los años 90; sin embargo, dado que el proceso se desarrolló fuera de la esfera estatal, hizo falta el control o la implicación del MDS y las estimaciones no lograron ser integradas o utilizadas en el proceso nacional de política de salud. La información generada por FUNSALUD se utilizó en la elaboración de una propuesta de política de salud presentada en el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. En dicho programa se establece la creación de un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS) como parte de las acciones de fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud.

[1] Para mayor información sobre la utilización de las CNS en Filipinas, refierase a PHR*plus*, 2002.

3. Control gubernamental: en última instancia, el interés del Estado en disponer de esta herramienta es lo que genera una demanda por las CNS en el proceso de política de salud a largo plazo. Este interés de los ejecutores de políticas más importantes debe manifestarse por los recursos humanos y financieros asignados a la actividad de CNS de forma permanente. (Un indicador importante del control público es una partida presupuestaria destinada al financiamiento de las CNS y de su equipo.) Pueden pasar muchos años –y necesitarse numerosas estimaciones de CNS– antes de que las CNS lleguen a formar parte de las actividades públicas regulares, como el censo nacional.

II. Los desafíos de la institucionalización de las CNS

Hasta la fecha, pocos países han institucionalizado las CNS en el sentido de poner en práctica los tres elementos clave de la institucionalización. Esto se debe en parte al hecho de que la introducción de cuentas de salud en los países en vías de desarrollo es relativamente reciente. La experiencia de numerosos países muestra que varios problemas pueden entorpecer el proceso de institucionalización:



- Falta de un entorno político favorable: si bien los ejecutores de políticas pueden reconocer la importancia de decisiones fundadas en datos confiables, puede que no vayan hasta comprometerse a financiar y utilizar la información de las CNS como herramienta de planeación. Es posible que esto se deba a las limitaciones de los recursos financieros destinados al personal y a las encuestas para apoyar el proceso de CNS, al temor de que los resultados de las CNS pudieran ir en contra de la agenda política establecida o a una falta de comprensión del valor potencial de los datos financieros para el proceso político del sector de salud. Se ha observado una falta de apoyo en varios países donde los tomadores de decisiones disponían de antecedentes médicos sólidos y de presupuestos limitados.
- Sistemas de contabilidad precarios y falta de estándares para la entrega de información: en varios países en desarrollo, la creación de sistemas de información sobre la salud se encuentra todavía en una etapa incipiente. La falta de tales sistemas y estándares significa que los datos que se requieren para llevar a cabo las CNS no existen aún; de ello se desprende que los equipos de CNS deberán invertir tiempo y recursos significativos en la recopilación de datos primarios y en la validación de datos obtenidos desde fuentes secundarias disponibles.

Las herramientas y los procedimientos presentados en esta capacitación sobre CNS, así como la Guía del Productor, apuntan a atender estas deficiencias y a reducir el tiempo y el costo de realización de las mismas.

- Falta de requerimientos relativos a la entrega o al reporte de datos para las CNS (especialmente por parte del sector público): una de las características de las CNS que ayuda a convencer a los ejecutores de políticas de su importancia es la posibilidad que ofrece el marco de trabajo para estimar el gasto del sector privado; sin embargo, la puesta en práctica de dicho elemento puede resultar difícil. Puede que las entidades privadas con fines de lucro se muestren reticentes al momento de compartir informaciones con el Estado, por miedo a que sean utilizadas para fines tributarios. Con el fin de superar estas reticencias, algunos países han diseñado presentaciones sobre las CNS que abarcan específicamente el aporte potencial de estas últimas al sector privado.
- La percepción sobre los altos costos asociados a las CNS: esto ocurre frecuentemente en los países con sistemas de información deficientes. Conforme se vayan realizando regularmente las CNS y se generen sistemas contables, los costos irán decreciendo.

III. Responder a los desafíos: las etapas clave hacia la institucionalización

Aunque los países han adoptado distintos enfoques sobre el proceso de institucionalización, sus estrategias presentan algunos rasgos comunes:

1. **Generar demanda por las CNS por parte de los ejecutores de políticas:** la voluntad política y el compromiso financiero de los decidores de alto rango son cruciales para el éxito de la ejecución e institucionalización de las CNS. La mera elaboración anual de estimaciones de CNS no es suficiente para garantizar tal apoyo como eventuales decisiones "basadas en evidencias" –los ejecutores de políticas necesitan entender claramente los beneficios que traen consigo las CNS. Para ello, las CNS deben ser "vendidas" o "anunciadas" entre los funcionarios de alto rango. Esto requiere que el equipo de CNS desarrolle una estrategia de diseminación para comunicar la importancia de las estimaciones de CNS. Los países lo han hecho de maneras muy diversas, tales como:

Pasos clave: Crear demanda de CNS por parte de tomadores de decisiones

- Ningún tomador de decisión invertirá dinero o tiempo para apoyar las CNS a menos que perciba un claro beneficio en ello
- La mera producción de estimaciones de CNS no es suficiente para garantizar decisiones basadas en evidencias

- Organizar reuniones de difusión y discusión para las partes interesadas en la atención de salud, públicas como privadas; por ejemplo, se creó un Comité Director u otra entidad en cuyo seno se realizan tales reuniones.
- Incentivar al promotor de las CNS a promocionar a las CNS.
- Adaptar las presentaciones sobre las CNS a cada grupo de ejecutores de políticas. A finales de los años 90, el equipo de CNS de Sudáfrica desarrolló presentaciones que mostraban cómo las CNS permitirían atender a las necesidades de cada grupo. Estas presentaciones respondían a preguntas tales como "¿cómo las CNS pueden aclarar las interrogantes y decisiones (del grupo de tomadores de decisiones)? y "¿cuán pertinentes son para los problemas con los cuales lidian a diario las partes interesadas?"

Pasos Clave: Crear demanda de CNS por parte de tomadores de decisiones (sigue)

- Para ser utilizadas, las CNS deben dirigirse a la audiencia apropiada, es decir, deben llegara aquellas personas con poder para tomar decisiones
  - Esto puede conseguirse entregando CNS en un formato fácilmente asimilable por los diseñadores de políticas, es decir, resúmenes concisos, breves presentaciones que destaquen la relevancia de los resultados, tal vez contar con un "equipo de diseminación de CNS"

- Identificar a las personas mejor indicadas para comunicar con los ejecutores de políticas acerca de las CNS. En Kenia, para la estimación 2001-2002, el equipo de CNS adoptó una estrategia de diseminación de par a par. Se le encargó a funcionarios de alto rango del MDS que discutieran la importancia de las CNS con funcionarios de alto rango de otros ministerios.

Pasos clave: Crear demanda de CNS por parte de tomadores de decisiones (sigue)

- La comunicación de los resultados debe ser OPORTUNA
  - Informar a los elaboradores de políticas (formar el Comité Director) desde el comienzo del estudio acerca del objetivo de las CNS (para responder a sus necesidades)
  - Entregarle informes periódicos al CD
  - Entregar presentaciones de síntesis una vez que la información ha sido depurada y parcialmente analizada; no espere demasiado tiempo después de completado el estudio para presentar resultados
- Las CNS deben diseñarse en función del entorno político (hasta cierto punto)

- Elaborar publicaciones destinadas a grupos específicos de ejecutores de políticas. Bangladesh y otros países produjeron resúmenes informativos que destacaban los resultados de las CNS y su relevancia en el plano político. El Manual de los participantes contiene ejemplos de resúmenes informativos.
- Difundir los resultados de las CNS en forma expedita. Algunos países se demoraron cuatro años para finalizar sus informes sobre CNS; a consecuencia de ello, los resultados ya estaban obsoletos cuando fueron publicados y no sirvieron para ganar el apoyo de los ejecutores de políticas a las CNS.

- Informar a los ejecutores de políticas al inicio del estudio de CNS (a través, por ejemplo, de un comité director) y entregarles informes periódicos sobre el avance del proceso de implantación. Algunos países encontraron útil entregar presentaciones breves sobre los resultados preliminares apenas se dispuso de datos limpios y parcialmente analizados.
- Diseñar el estudio de CNS tomando en cuenta el entorno político nacional. Los miembros del equipo de CNS deberán responder a las necesidades de los tomadores de decisiones. Al involucrar a los tomadores de decisiones en el proceso de CNS, los países refuerzan el sentido de control estatal sobre las CNS y la importancia de las mismas.

2. Encontrar una sede para las CNS: el equipo de CNS, en consulta con los tomadores de decisiones y el Comité Director, deberán identificar una sede permanente para sus actividades, acorde a todos los recursos humanos y presupuestarios necesarios. Por lo general, la sede del equipo de CNS se encuentra en el Ministerio de Salud y a veces en la Oficina central de estadísticas o en el Ministerio de Hacienda. La ubicación de la sede depende del contexto nacional y no debiera afectar la manera en que se utilizan los datos. Sin embargo, si la sede de las CNS se encuentra en una institución de investigación independiente o en una universidad, será difícil que sus resultados permanezcan efectivamente bajo el control del Estado y, por ende, que sean utilizado por éste.

Pasos clave: Escoger una "sede" para las CNS

- No importa cuál sea su ubicación mientras ésta no afecte negativamente la forma en que los datos puedan ser utilizados por los elaboradores de políticas
  - Tradicionalmente ubicado en el MDS, a veces en oficina central de estadística, MDF, o el Banco Central
  - Ubicación decidida en función del contexto del país
  - Considere cómo los resultados de CNS serán diseminados y utilizados

Pasos clave: Escoger una "sede" para las CNS (sigue)

- La ubicación debe favorecer la coordinación interinstitucional
  - Por ej., a veces hay falta de coordinación entre los administradores de las encuestas a hogares (cf. de estadística) y los usuarios primarios de la información de salud (MDS)
  - Útil ubicarse en una organización visible y con liderazgo para potenciar el reconocimiento de su importancia

Pasos clave: Escoger una "sede" para las CNS (sigue)

- Si se ubica en una institución relevante en términos de política, puede obtener un "promotor de CNS"
  - Particularmente importante durante la fase inicial y de sostenibilidad de las CNS
- Clave para la "recurrencia" y "propiedad" de las CNS es conseguir un ITEM EN EL PRESUPUESTO GUBERNAMENTAL
  - Puede ser facilitado por el "promotor"

3. **Establecer normas para la recopilación y el análisis de datos:** para facilitar la recopilación de datos coherentes y comparables sobre una base longitudinal, los países deberán sistematizar sus procedimientos y protocolos destinados a la recopilación de datos financieros. El equipo de CNS deberá tener esto en cuenta incluso al momento de emprender el primer ciclo de las CNS. Los equipos deben defender una visión de largo plazo en lo que atañe a la recopilación de datos. Por ejemplo, debido a la dificultad y al costo que entraña la realización de encuestas regulares sobre los gastos en salud de los hogares, algunos países introdujeron una serie de preguntas sobre el financiamiento de la atención de salud en encuestas ya institucionalizadas tales como las encuestas sobre bienestar e ingresos y las encuestas sobre demografía y salud. Fijar normas sobre la recopilación de datos requiere documentar los pasos metodológicos seguidos durante cada ciclo de CNS. El equipo deberá registrar los puntos problemáticos, el nombre de las personas contactadas para obtener información y los datos de otra índole. Esta documentación puede resultar extremadamente útil para la redacción del "protocolo de CNS" destinado a futuros miembros del equipo de CNS, especialmente en aquellos países caracterizados por una alta rotación del personal público. La falta de documentación clara y la alta rotación de los funcionarios tienen un impacto adverso sobre el proceso de CNS en numerosos países, dado que los nuevos equipos de CNS no cuentan con el entrenamiento adecuado y no saben cómo proseguir el trabajo de las CNS.

Pasos clave: Establecer requerimientos para la entrega de información

- Importante para los sectores público y privado; fundamental para las actividades de largo plazo de las CNS
  - Difícil de lograr, particularmente para el sector privado
  - Generalmente, la calidad de las CNS es pobre NO debido a la falta de datos sino a la FALTA DE REQUERIMIENTOS para compartir o entregar esos datos.

4. **Fijar requerimientos para el reporte de los datos:** Si no se logra obtener datos exhaustivos, el objetivo que consiste en hacer de las CNS una evaluación financiera exhaustiva del sector de salud se verá mermado. Es común la reticencia del sector privado para compartir datos financieros, debido a los temores de que éstos sean utilizados para fines tributarios. Muchos países intentaron superar esta dificultad de la siguientes manera:
   - Realización de campañas para llevar al sector privado a participar voluntariamente en el

Resumen de pasos clave hacia la institucionalización

- Generar demanda de CNS en los encargados de políticas
- Encontrar un lugar de funcionamiento para las CNS
- Establecer estándares para la recopilación y el análisis de datos
- Instituir requerimientos de datos

proceso de CNS. Recordemos una vez más que esto implica comunicar sobre lo que el sector privado podrá obtener gracias a dicho proceso y que, paralelamente, contribuirá a reforzar el control del país sobre sus CNS.

- Cartas del MDS o del Comité Director exigiendo o solicitando la entrega de datos.
- Se recomienda encarecidamente legislar sobre los requerimientos de reporte de datos para las actividades de CNS de largo plazo.
- Legislar sobre los requerimientos de reporte de datos financieros resultó ser uno de los puntos más complejos en general, pero especialmente con respecto al sector privado, y pocos países lo han hecho en la práctica.

En lugar de imponer requerimientos, se solicita a representantes clave de las entidades del sector privado que recojan datos en el seno de sus propias instituciones. De esta manera, el sector privado ayudará a coordinar el proceso de recopilación de datos de las CNS.

Aun cuando existen requerimientos para la entrega de informes legales o reglamentarios, sigue siendo importante comunicar sobre el carácter valioso de las CNS con todas las partes interesadas para asegurar su cooperación y el cumplimiento expedito de dichos requerimientos.

IV. Ejemplo: El enfoque de Kenia sobre el proceso de institucionalización

El instructor deberá repasar el siguiente ejemplo que concierne la estrategia adoptada por un país (Kenia) para cumplir con las cuatro etapas de la institucionalización. (Cuadro 9.1). La presentación de diapositivas describe también el ejemplo del marco de trabajo utilizado para la institucionalización en Kenia.

Cuadro 9.1. Estudio de caso: Marco de trabajo para la institucionalización en Kenia	
Etapas hacia la institucionalización	**Estrategia de Kenia**
1. Generar la demanda por las CNS por parte de los ejecutores de políticas	Se organizó una conferencia de lanzamiento para los ejecutores de políticas y las partes interesadas clave, durante la cual se formó el Comité Director (CD). ☐ Sus preocupaciones políticas modelarán las CNS. ☐ El equipo de CNS informará regularmente el CD sobre los avances de su trabajo.
2. Encontrar una sede para las CNS	Se decidió que la sede de las CNS sería el MDS, el que tiene autoridad sobre el sector salud. Se designaron "promotores políticos". El departamento de planificación del MDS coordinó un equipo multidisciplinario con miembros de la Oficina Central de Estadísticas, del Consejo Nacional para el Sida, de la Universidad de Nairobi, etc.
3. Fijar normas para la recopilación y el análisis de datos	Todos los procesos fueron diseñados con el fin de favorecer el proceso de institucionalización: ☐ Se desarrolló un vínculo con la Universidad de Nairobi. En caso de alta rotación de personal en la esfera pública, la universidad se encuentra en condiciones de capacitar a nuevos miembros del equipo de CNS para el MDS. ☐ La Universidad de Nairobi integró un módulo sobre CNS en su curso básico de economía. ☐ El ejercicio de CNS será documentado: ¡cada proceso, cada decisión, cada hipótesis! ☐ Se implicará el CD en el proceso de recopilación de datos. Las preguntas de encuesta a los hogares serán incluidas como módulo de los futuros Informes sobre bienestar e ingreso.
4. Fijar requerimientos de reporte de datos	En lugar de imponer requerimientos relacionados el reporte de gasto, se solicita a representantes clave de las entidades del sector privado que recojan datos en el seno de sus propias instituciones. De esta manera, el sector privado ayudará a coordinar el proceso de recopilación de datos de las CNS.

V. Aplicación de esta unidad

El instructor deberá solicitar a los participantes que revisen los temas y desafíos que identificaron para su país y que anotaron en la lista de sus manuales. Posteriormente, puede pedirles que compartan estos resultados con el grupo del taller, anotando cada uno de ellos en rotafolio o un acetato de acuerdo a las cuatro etapas de la institucionalización, para orientar una sesión de reflexión intensiva en la que los participantes idearán estrategias destinadas a superar estos desafíos. El instructor también deberá anotar cada estrategia en el rotafolio, al lado del desafío que se propone superar.

Pregunta 1a

Diseñe el marco de institucionalización de las CNS para su país:

¿Cuáles son los problemas y los desafíos que se presentan respecto de la institucionalización en su país? Anótelos en la columna "estrategia" del cuadro de la Unidad 9 de su manual, de acuerdo a la "etapa hacia la institucionalización" que, según su parecer, será la más afectada por el desafío correspondiente.

Pregunta 1b

¿De acuerdo a la discusión realizada en clase y a lo que usted aprendió sobre las estrategias adoptadas por otros países con respecto a la institucionalización, cuáles son las estrategias que estima serían las más viables en su país para cumplir con cada una de las cuatro etapas de la institucionalización? Anote las estrategias en el cuadro.

Desarrollar un marco de trabajo para la institucionalización	
Etapas hacia la institucionalización	**Estrategia para cumplir con cada etapa de la institucionalización**
1. Generar la demanda por las CNS por parte de los ejecutores de políticas	Problemas y desafíos:
	Estrategias elegidas:
2. Encontrar una sede para las CNS	Problemas y desafíos:
	Estrategias elegidas:
3. Fijar normas para la recopilación y el análisis de datos	Problemas y desafíos:
	Estrategias elegidas:
4. Fijar requerimientos de reporte de datos	Problemas y desafíos:
	Estrategias elegidas:

9

Referencias

De, Susna, Tania Dmytraczenko, Derick Brinkerhoff, y Marie Tien. 2003. *Has Improved Availability of Health Expenditure Data Contributed to Evidence-Based Policymaking?* Technical Report 022. Bethesda, MD: Partners for Health Reform*plus*, Abt Associates Inc. (May).

PHR*plus*. 2002. *Using NHA to Inform the Policy Process*. NHA Global Policy Brochure. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.

PHR*plus*. 2003. *Understanding National Health Accounts: The Methodology and Implementation Process*. Primer for Policymakers. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc. (Mayo)

Unidad 9
Presentación de transparencias

1

PHRplus

Unidad 9:
Institucionalización de las CNS

El proyecto PHRplus está financiado por la Agencia de los EE.U.U. para el Desarrollo Internacional y está desarrollado por:

Abt Associates Inc. and partners, Development Associates, Inc.; Emory University Rollins School of Public Health; Philotenia International Travel, Inc. Program for Appropriate Technology in Health; SAG Corp.; Social Sectors Development Strategies, Inc.; Training Resources Group; Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine; University Research Co., LLC.

2

Objetivos de aprendizaje

- Comprender el concepto de institucionalización
- Familiarizarse con algunos temas y desafíos de la institucionalización y cómo algunos países han lidiado con ellos
- Realizar un bosquejo del marco general para institucionalizar las CNS en el propio país

PHRplus

3

¿Qué es la institucionalización?

- El proceso de llevar a cabo regularmente estudios de CNS, con el apoyo tanto financiero como político del gobierno

4

Tres características de la institucionalización

1. Recurrencia – importancia de la tendencia de los datos
2. Deben considerarse las implicaciones para la política de salud, no sólo como un ejercicio de investigación
3. La generación de CNS debe ser adoptada como una actividad regular del Estado, como el censo

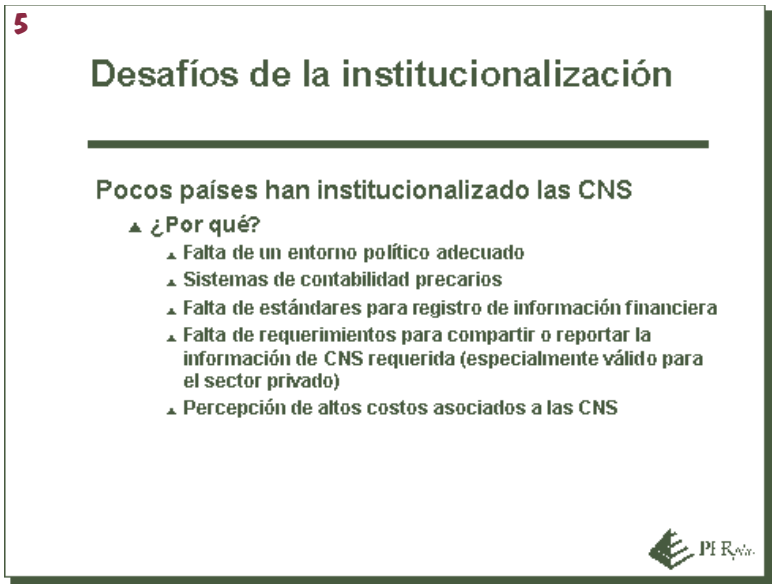
NOTAS DEL EXPOSITOR

Se necesita respetar cabalmente los 3 imperativos de la institucionalización.

Recurrencia: las CNS deben llevarse a cabo repetidamente con el fin de generar datos de tendencias y no una estimación puntual. Los datos de tendencias proveen mejor información para la formulación de políticas, el seguimiento y la evaluación de las estrategias de salud, etc. Filipinas necesitó 7 años para realizar un completo análisis del impacto de la descentralización (véase el Folleto general sobre las CNS).

Política: las CNS no deben llevarse a cabo año tras año para terminar en las repisas de una oficina técnica; para ser plenamente institucionalizadas, deben ser utilizadas por los tomadores. México condujo las CNS durante 5 años consecutivos; sin embargo, el proceso tuvo lugar fuera del MDS y quedó a cargo de una ONG llamada FUNSALUD. Dada la ausencia de control o implicación del MDS, esos estudios de CNS no fueron utilizados como fuente de información para la elaboración de políticas hasta el año 2000. La información generada por FUNSALUD se utilizó en la elaboración de una propuesta de política de salud presentada en el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006. En dicho programa se establece la creación de un Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS) como parte de las acciones de fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud. El equipo de SICUENTAS ha producido CNS de 1999 a 2003, hay personal asignado a esta tarea y existe un monto dentro del presupuesto regular de la Secretaría de Salud para la elaboración de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. Desde el 2001, se han capacitado a más del 50% de los estados en el desarrollo de cuentas estatales de salud, así como a las instituciones de seguridad social. El reporte de indicadores de gasto en salud, determinados a partir de CNS, forma parte del proceso de transpaencia y rendición de cuentas ante el Congreso y la población en general. Adicionalmente, el SICUENTAS se ha incorporado como uno de los componentes del Sistema Integrado de Información en Salud.

Control: puede demorarse años y pueden requerir numerosas estimaciones antes de que las CNS sean parte de las actividades regulares del Estado. La obtención de una partida específica en el presupuesto del MDS es crucial para el control efectivo. Debe cumplirse con esta condición para lograr la institucionalización de las CNS. Hasta la fecha, sólo tres países han incluido las CNS en su presupuesto público sin ayuda externa: Marruecos, Sudáfrica e Irán.



NOTAS DEL EXPOSITOR

Falta de un entorno político adecuado: globalmente, existe un compromiso deficiente por parte de los ejecutores de políticas en cuanto a utilizar la información como una herramienta de planeación, pese a que, generalmente, en los círculos cercanos al primer ministro o presidente, se reconoce la importancia de las decisiones basadas en datos confiables. Por lo tanto, los primeros ministros o presidentes de muchos países no han adquirido compromisos a largo plazo en la materia. Sin embargo, con la disminución de los recursos para la salud, existe un interés creciente en asignar dichos recursos de manera eficiente y, por ende, en utilizar las CNS como herramienta de planeación.

Sistemas contables y estándares de entrega de información deficientes: aunque los primeros ministros y presidentes reconocen la importancia de las decisiones basadas en evidencias claras, esa necesidad no siempre se ha traducido en una inversión efectiva (especialmente en términos financieros) en el desarrollo de normas de recopilación y de registro de datos.

Percepción de altos costos asociados con las CNS: conforme se vayan realizando las CNS e implantando los sistemas, los costos irán disminuyendo y los datos seguirán siendo muy valiosos para el proceso político.

6

Pasos clave: Crear demanda de CNS por parte de tomadores de decisiones

- ▲ Ningún tomador de decisión invertirá dinero o tiempo para apoyar las CNS a menos que perciba un claro beneficio en ello
- ▲ La mera producción de estimaciones de CNS no es suficiente para garantizar decisiones basadas en evidencias

NOTAS DEL EXPOSITOR

Generar un entorno favorable

El instructor deberá reiterar que las CNS no son un mero estudio académico o estadístico que terminará en alguna repisa, una vez terminado. Éstas deben "venderse" a los tomadores de decisiones para cumplir con el objetivo de tener un impacto sobre la política de salud.

7

Pasos Clave: Crear demanda de CNS por parte de tomadores de decisiones (sigue)

- Para ser utilizadas, las CNS deben dirigirse a la audiencia apropiada, es decir, deben llegara aquellas personas con poder para tomar decisiones
  - Esto puede conseguirse entregando CNS en un formato fácilmente asimilable por los diseñadores de políticas, es decir, resúmenes concisos, breves presentaciones que destaquen la relevancia de los resultados, tal vez contar con un "equipo de diseminación de CNS"

NOTAS DEL EXPOSITOR

Equipo de diseminación; esto se dio en países latinoamericanos. La mayoría de los miembros del equipo de diseminación tenían buenos vínculos con el proceso político.

Reportes sobre políticas: están enfocados sobre uno o dos resultados de gran relevancia y sus implicaciones políticas. Bangladesh ha producido series de informes. El resultado más relevante fue que dos tercios de los gastos de los hogares iban destinados a los medicamentos. Esto llevó al primer ministro a preguntarse a qué se debía este fenómeno: 1) ¿A la falta de medicamentos en el sector público? 2) ¿a un exceso de prescripciones? 3) ¿a la automedicación? 4) ¿a las prescripciones extendidas por individuos sin licencia? Las CNS atendieron la preocupación del primer ministro al respecto.

Cite el ejemplo de Sudáfrica, donde para cada grupo específico de ejecutores de políticas, las presentaciones sobre CNS fueron adaptadas a las necesidades de sus trabajos, esto es, destacaron en qué las CNS les serían útiles en en el ámbito profesional. ¿Cuán pertinentes son para los problemas con los cuales lidian a diario? En Kenia, se consideró que sería útil que las presentaciones se efectuaran entre pares. Asimismo, es importante la forma en que se presentan los datos. En vez de decir que los gastos de salud están siendo financiados por los hogares en un 75%, sería más efectivo afirmar que "tres de cada cuatro" pesos gastados en atención de salud provienen de los hogares y no del Estado.

PHR*plus* está tratando de influir en este proceso al promover la organización de conferencias de tomadores de decisiones entre las distintas redes de CNS.

Puede que el instructor encuentre útil examinar con el curso algunos ejemplos de informes sobre políticas.

8

Pasos clave: Crear demanda de CNS por parte de tomadores de decisiones (sigue)

- La comunicación de los resultados debe ser OPORTUNA
  - Informar a los elaboradores de políticas (formar el Comité Director) desde el comienzo del estudio acerca del objetivo de las CNS (para responder a sus necesidades)
  - Entregarle informes periódicos al CD
  - Entregar presentaciones de síntesis una vez que la información ha sido depurada y parcialmente analizada; no espere demasiado tiempo después de completado el estudio para presentar resultados
- Las CNS deben diseñarse en función del entorno político (hasta cierto punto)

NOTAS DEL EXPOSITOR

¡No se tome 4 años para finalizar el informe sobre las CNS! Para ese entonces, los resultados ya serán obsoletos. Vuelva a insistir sobre la necesidad de encontrar un equilibrio entre la "calidad" del informe y la "oportunidad" de su diseminación en el tiempo.

En la medida de lo posible, las CNS deberían adecuarse al entorno político: por ejemplo, algunos primeros ministros solicitaron análisis específicos para 5 enfermedades. Esto traería grandes beneficios para su trabajo pero exigiría demasiado tiempo.

9

Pasos clave: Escoger una "sede" para las CNS

- No importa cuál sea su ubicación mientras ésta no afecte negativamente la forma en que los datos puedan ser utilizados por los elaboradores de políticas
  - Tradicionalmente ubicado en el MDS, a veces en oficina central de estadística, MDF, o el Banco Central
  - Ubicación decidida en función del contexto del país
  - Considere cómo los resultados de CNS serán diseminados y utilizados

10

Pasos clave: Escoger una "sede" para las CNS (sigue)

- La ubicación debe favorecer la coordinación interinstitucional
  - Por ej., a veces hay falta de coordinación entre los administradores de las encuestas a hogares (ej. de estadística) y los usuarios primarios de la información de salud (MDS)
  - Útil ubicarse en una organización visible y con liderazgo para potenciar el reconocimiento de su importancia

NOTAS DEL EXPOSITOR

Si la sede de las CNS se fija en una institución de investigación independiente o en una universidad, difícilmente quedarán bajo control del Estado y, por ende, serán utilizadas por éste. Por ejemplo, en Zambia (Universidad de Zambia), el informe no circuló como un documento que contaba con el respaldo del Gobierno. Por ende, no generó apoyo o interés.

11

Pasos clave: Escoger una "sede" para las CNS (sigue)

- Si se ubica en una institución relevante en términos de política, puede obtener un "promotor de CNS"
  - Particularmente importante durante la fase inicial y de sostenibilidad de las CNS
- Clave para la "recurrencia" y "propiedad" de las CNS es conseguir un ITEM EN EL PRESUPUESTO GUBERNAMENTAL
  - Puede ser facilitado por el "promotor"

NOTAS DEL EXPOSITOR

En Zambia, al no contarse con un promotor de las CNS, fue difícil ganar algún apoyo por parte del Estado. Actualmente en México, el mayor promotor de CNS es el propio Secretario de Salud quien hace referencia a esta herramienta en diversos foros, mencionando inclusive su carácter de "bien público"

12

Pasos clave: Establecer estándares para la recopilación y el análisis de los datos

- Se requiere consistencia año por año en los datos
  - Sistematizar procedimientos y protocolos
    - El registro del gasto en salud bajo la metodología de CNS debe formar parte de los Sistemas Nacionales de Información de Salud
  - Documentar pasos metodológicos adoptados en la primera estimación, cómo se enfrentaron problemas específicos, etc.

13

Pasos clave: Establecer requerimientos para la entrega de información

- Importante para los sectores público y privado; fundamental para las actividades de largo plazo de las CNS
  - Difícil de lograr, particularmente para el sector privado
  - Generalmente, la calidad de las CNS es pobre NO debido a la falta de datos sino a la FALTA DE REQUERIMIENTOS para compartir o entregar esos datos.

14

Resumen de pasos clave hacia la institucionalización

- Generar demanda de CNS en los encargados de políticas
- Encontrar un lugar de funcionamiento para las CNS
- Establecer estándares para la recopilación y el análisis de datos
- Instituir requerimientos de datos

15

Ejemplo: Qué está haciendo Kenia en Términos de Institucionalización

- Generar demanda de CNS en los encargados de políticas
  - Reunión con encargados clave de políticas e interesados directos – se formó Comité Director (CD).
    - Sus prioridades políticas servirán para diseñar las CNS
    - El equipo de CNS entregará informes periódicos al CD
- Un lugar de funcionamiento para las CNS
  - Se decidió instalarse en el MDS; tiene capacidad administrativa sobre el sector salud. Tiene "defensores de políticas"
  - El Departamento de Planeación ha coordinado un equipo multidisciplinario – integrado por CBS, NASCOP, Universidad de Nairobi, etc.

16

Qué está haciendo Kenia en Términos de Institucionalización (sigue)

- Establecer estándares para la captura y análisis de datos
  - Todos los procesos serán diseñados en función de la institucionalización
    - Por ello, se desarrolló un vínculo con la U. de Nairobi- si hay una gran rotación en el gobierno, éste puede apoyarse en individuos altamente capacitados de la U. de Nairobi para operar como futuros recursos técnicos/capacitadores del equipo del MDS
    - La U. de Nairobi ha implementado un módulo de CNS en su curso de Economía Básica
    - Todo estará DOCUMENTADO. ¡Cada proceso, cada decisión, cada estimación!
    - Incluir al Comité Director como parte del proceso de captura de datos
    - Las preguntas de la Encuesta de Hogares serán incluidas en el Informe de Ingresos y Gastos (en el futuro)

17

Qué está haciendo Kenia en términos de institucionalización (sigue)

- Instituir requerimientos de datos
  - En lugar de requerimientos, los representantes clave de las entidades del sector privado recolectarán datos de sus propias instituciones. Así, el sector privado ayudará a coordinar el proceso de recopilación de datos para las CNS.

NOTAS DEL EXPOSITOR

Ejemplo: en Zimbabwe, se logró conseguir el apoyo voluntario y la entrega de datos por parte del sector privado. Se organizó un encuentro de dos días con entidades del sector privado para mostrarles lo que podrían ganar con las CNS.

En Kenia, el sector del seguro privado mostró gran interés en realizar las CNS con vistas a los datos que podrían obtener sobre los nacionales de Kenia que viajan para tratarse fuera del país. Le interesaba saber por qué lo hacen y cuánto gastan en ello. A su vez, el gobierno buscaba diseñar un paquete de servicios de salud que incentivara a los ciudadanos a recurrir a los servicios disponibles en el país.

18

Ejercicio

- Realice un bosquejo del marco general de institucionalización de su país
- Por favor refiérase a su libro de texto y de ejercicios

Unidad 9 - Ejercicios

Pregunta 1a

Diseñe el marco de institucionalización de las CNS para su país:

¿Cuáles son los problemas y los desafíos que se presentan respecto de la institucionalización en su país? Anótelos en problemas y desafíos siguiente, de acuerdo a la "etapa hacia la institucionalización" que, según su parecer, será la más afectada por el desafío correspondiente.

Pregunta 1b

¿De acuerdo a la discusión realizada en clase y a lo que usted aprendió sobre las estrategias adoptadas por otros países con respecto a la institucionalización, cuáles son las estrategias que estima serían las más viables en su país para cumplir con cada una de las cuatro etapas de la institucionalización? Anote las estrategias en el cuadro.

Desarrollar un marco de trabajo para la institucionalización	
Etapas hacia la institucionalización	**Estrategia para cumplir con cada etapa de la institucionalización**
1. Generar la demanda por las CNS por parte de los ejecutores de políticas	Problemas y desafíos:
	Estrategias elegidas:
2. Encontrar una sede para las CNS	Problemas y desafíos:
	Estrategias elegidas:
3. Fijar normas para la recopilación y el análisis de datos	Problemas y desafíos:
	Estrategias elegidas:
4. Fijar requerimientos de reporte de datos	Problemas y desafíos:
	Estrategias elegidas: