Ediciones Especiales 1

Cuentas Nacionales de Salud

Resúmenes de ocho estudios nacionales en América Latina y el Caribe

Mayo de 1999

Esta publicación fue producida por Partnerships for Health Reform *(Colaboración para la Reforma de la Salud), financiado por USAID bajo el contrato No. HRN-C-00-95-00024, en colaboración con la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud, financiada por USAID bajo el contrato No. HRN-5974-C00-5024-00. Las opiniones vertidas en este documento pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente la opinión de USAID.*

Índice

Introducción.....iii
Siglas.....v
Agradecimientos.....vi
Bolivia.....1
Ecuador.....5
El Salvador.....8
Guatemala.....10
México.....12
Nicaragua.....15
Perú.....20
República Dominicana.....23

Introducción

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) constituyen un método muy aceptado para estimar los gastos financieros totales en el sector salud en un país en un período de tiempo determinado. Este sistema se basa en una definición conveniente y útil de los límites del sector de atención a la salud. Los gastos en salud se analizan sobre la base de un flujo de fondos enmarcado y presentado en forma de matrices que vinculan las fuentes de gastos, intermediarios o agentes financieros y diferentes desgloses de los usos de los gastos.

El financiamiento a la atención a la salud es de fundamental importancia política para todos los países, a pesar de que los problemas y temas específicos a los que deben dar respuesta los países de ingresos medios y bajos posiblemente difieran de aquellos en los países más avanzados. Los temas clave incluyen la estimación del nivel actual de financiamiento agregado para la atención a la salud y las perspectivas para aumentar el financiamiento para la atención a la salud en países con bajo gasto; la estimación de la asignación del gasto a programas de salud prioritarios y grupos de la población; y la evaluación de la importancia financiera de los actores clave en el sistema de atención a la salud como una guía para el desarrollo de las estrategias de reforma. Las CNS probaron ser un enfoque conveniente y útil para entender numerosos temas relacionados con el financiamiento de la atención a la salud en países de ingresos medios y bajos.

Los países en desarrollo y los países avanzados comparten ciertos problemas en la elaboración de las estimaciones para las CNS: Es necesario formular definiciones útiles de los términos y las clasificaciones de los gastos. Es necesario identificar y mejorar con el transcurso del tiempo fuentes de datos confiables. Las personas responsables de adoptar decisiones deben comprender el valor de las CNS y observar que se las utilice para satisfacer sus necesidades.

Por otra parte, muchos países en desarrollo enfrentan algunos temas nuevos y diferentes: Es posible que carezcan de la información extensiva y detallada con la que cuentan los países avanzados sobre los gastos en el sector salud. Los sistemas pueden variar en gran medida en la forma en que se organiza la atención a la salud y la forma en que se recopilan, clasifican y entienden los datos sobre gastos. La composición de los gastos en salud es diferente también, con fuentes de financiamiento más pluralistas y fragmentadas y una participación más amplia en los gastos totales provenientes de los gastos de bolsillo de los hogares en servicios de atención curativa ambulatoria. Las prioridades de la política en salud son también bastante diferentes. Se necesita prestar mayor atención a la movilización de recursos para satisfacer más necesidades sanitarias básicas. Existen también preocupaciones acuciantes sobre la asignación de recursos a programas con prioridad y los temas de distribución, al tiempo que se presta menos atención a los temas de control de costos generales.

Si bien países individuales pueden responder — y de hecho han respondido — a muchas de estas preguntas por sí mismos, se pueden esperar beneficios importantes de la colaboración de países en la creación de las Cuentas Nacionales de Salud. Se propuso un enfoque coordinado para permitir dicha cooperación. En el caso de las CNS, la cooperación reuniría a representantes técnicos de un grupo de países para estudiar los métodos de las CNS; formular un marco conceptual común, definiciones comparables y fuentes de datos; así

como colaborar en la solución de los problemas que se plantean en el desarrollo de sus estudios individuales de las CNS. El resultado principal de la cooperación sería el análisis nacional de cada país miembro. Sería factible también obtener análisis comparativos de países en el grupo.

Una estrategia para establecer cooperación dentro de las CNS es lograr la participación de un grupo de países en la misma región del globo. Esto implicaría países con una cantidad de similitudes: idioma, estructuras institucionales (a menudo reflejo de una historia colonial similar), niveles comparables de desarrollo económico y social, y patrones de salud comunes. Este es el enfoque que se adoptó en este proyecto. La primera de estas colaboraciones, la Iniciativa de las Cuentas Nacionales de Salud de América Latina y el Caribe (CNSLAC) se lanzó en 1997 y su trabajo inicial se concretará en septiembre de 1998. Este sistema de cooperación incluye ocho países de la región: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana. Con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID), el proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (*Partnerships for Health Reform*, PHR) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se supervisó la puesta en marcha de la iniciativa y se prestó asistencia técnica a los equipos de países que se encontraban elaborando las estimaciones de las CNS.

El presente informe técnico contiene los resúmenes ejecutivos de los estudios de casos elaborados por los ocho miembros de la Iniciativa CNSLAC para el Tercer Taller de Trabajo Regional a celebrarse en junio de 1998. El resumen ejecutivo de los países describe los objetivos para utilizar las CNS, presenta algunos resultados principales de la primera ronda de informes, trata las limitaciones del estudio y propone recomendaciones para política y futuros estudios de las CNS. De acuerdo con las conversaciones del taller de trabajo, se realizarán mejoras a los estudios de casos de los países. En el cuarto trimestre de 1998 se pondrá a disposición de los interesados un análisis comparativo de la Iniciativa de CNSLAC.

El centro de documentación de PHR dispone de copias en español de los estudios de casos.

Peter Berman, Ph.D.
Escuela de Salud Pública/Harvard

Siglas

CGE	Contaduría General del Estado
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
IDSS	Instituto Dominicano de Seguridad Social
IESS/SSC	Instituto Ecuatoriano de Seguro Social/Seguro Social Campesino
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
ISSSTE	Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MIFIN	Ministerio de Financiación
MINSA	Ministerio de Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organización No Gubernamental
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
PROSAMI	Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SNS	Sistema Nacional de Salud
VIPFE	Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo

Agradecimientos

Para llevar a cabo esta publicación se contó con las contribuciones de los equipos de Cuentas Nacionales de Salud de los siguientes países: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y la República Dominicana.

Este trabajo tuvo el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, el proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (*Partnerships for Health Reform*) y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, con financiamiento de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Bolivia

Objetivos de las Cuentas Nacionales de Salud

A fin de elaborar y supervisar las nuevas políticas y los procedimientos asociados con la reforma del sector salud, es necesario contar con información detallada sobre la cantidad total, las fuentes y los flujos de fondos en el sector. El objetivo principal del Financiamiento y las Cuentas Nacionales de Gastos en Salud (CNS) es ofrecer esta información. La aplicación ininterrumpida de las CNS permitirá la vigilancia y la evaluación de las fuentes y los usos de los recursos financieros asignados al sector; la metodología también ofrecerá una medida relativa de la eficiencia del sistema de salud. Dicho análisis es importante para un país que se encuentra planificando o evaluando cambios en el sector.

Pasos para completar las matrices de las CNS

A continuación se enumeran las tareas realizadas para completar las matrices de las CNS que explican el comportamiento de la financiación y el gasto en el sector salud:

- Determinar las fuentes de financiamiento del sector salud a un nivel apropiado de desagregación;
- Determinar los agentes financieros del gasto en salud;
- Determinar la asignación de estos fondos entre los prestadores;
- Cuantificar estas variables y medirlas en términos del producto interno bruto (PIB) y otras variables e indicadores macroeconómicos.

Principales resultados

La fuente más importante de financiamiento para el sector salud en Bolivia —39% en 1995— está constituida por las contribuciones de los empleadores de las empresas y las instituciones públicas y privadas. El sistema de fondos de la salud administra el 96% de estos recursos.

El Fondo Nacional de Salud es el organismo que asigna la mayoría de los recursos al sector de la salud y tiene las cuentas más grandes. El sector público le debe sumas significativas de dinero para las contribuciones de sus empleados, pero esto no evita que el Fondo siga ofreciendo atención a estos empleados.

Los hogares también realizan contribuciones significativas a la financiación del sector salud: 31%, o el equivalente a EE.UU.$88 millones en 1995. Esto es notable en el sentido de que una gran parte de estos recursos —aproximadamente el 91%— son "administrados" por los hogares mismos, en general por medio de los honorarios de los usuarios que se pagan a los prestadores y en concepto de productos farmacéuticos. El 9% restante del financiamiento proveniente de los hogares —2,5% del financiamiento total— pasa por las compañías privadas de seguros y los planes de medicina prepagada.

El gobierno contribuye 19,8% del financiamiento total para la atención a la salud, a nivel nacional, departamental y local.

Las fuentes extranjeras contribuyen 9,7% de los recursos asignados a la salud mediante diferentes organismos del subsector público y organizaciones no gubernamentales (ONG).

Las compañías de seguros representan solamente 0,86% de los recursos totales, las instituciones de medicina prepagada el 1,62%.

El objetivo primordial de la salud pública es mejorar los indicadores de salud al ofrecer acceso a toda la población a los servicios de atención a la salud; de esta manera el papel de los servicios públicos es esencial para lograr los objetivos de cobertura. A tal fin, los servicios públicos representan el 29% del gasto nacional en salud. El gasto en los servicios prestados por los fondos de la salud representa el 38%.

Del 31% del financiamiento para la atención a la salud provisto por los hogares, 59% se invierte en productos farmacéuticos, el resto en gastos de los prestadores (sin especificar) y relacionados.

Los servicios privados con fines de lucro representan el 11% del gasto. La naturaleza lucrativa de estos servicios limita el acceso que tienen las poblaciones de ingreso medio y bajo a estos servicios. En este sector, una pequeña proporción inferior al 2,5% del gasto en salud proviene de las compañías de seguros y de los planes prepagados.

Las ONG actúan como administradoras de la atención a la salud y también como prestadoras de servicios. Estas instituciones tienen sus propios centros y hospitales y se desempeñan principalmente en las regiones periféricas de las grandes ciudades. A pesar del pequeño porcentaje del gasto en salud perteneciente a estas organizaciones (4,1%), su trabajo se reconoce como muy efectivo.

La medicina tradicional es una alternativa importante en el país, especialmente en las zonas rurales. Sin embargo, es difícil evaluarla en términos monetarios y se encuentra estimada por debajo del nivel como resultado de los diferentes tipos de mediciones (0,1%).

Los agentes de salud en Bolivia asignan una proporción mayor de este gasto a los servicios ambulatorios (31%) que a los servicios hospitalarios (30%) y la prevención y promoción (menos del 3%). Es muy difícil identificar estos gastos dentro de la columna “otros”, a pesar de que se trata de la cantidad más grande de recursos (33%). En el caso del subsector público y de los fondos para la salud, la columna “otros” incluye gastos administrativos y de proyectos que no pueden desagregarse según se propone en la matriz de las CNS. Para los hogares EE.UU.$55,6 millones en la columna “otros” representan los gastos en medicamentos y transporte.

Con respecto al 3% que se asignó a los programas de prevención y promoción, el subsector público gastó la mayor parte, aproximadamente 94% del gasto total en 1995.

Las cifras muestran que por tipo de gasto, los servicios de personal son notablemente más altos que otros renglones, es decir compensación por trabajo con el 35%. Con respecto al sector público y los fondos de la salud solamente, este porcentaje es incluso más alto (50%). El gasto para los servicios que no son de personal (luz, agua y alquiler) constituyen el 7% del total.

Los resultados muestran generalmente un porcentaje bajo asignado a la inversión en activos reales, es decir, equipos e infraestructura; solamente el 7,9% del gasto total para 1995. Este porcentaje es incluso más bajo para los fondos del sector salud (seguridad social); en 1995, solamente el 1,38% de su gasto se destinó a la inversión en activos reales.

Materiales e insumos reciben el11% del gasto y parte de esta cantidad se destina a la compra de medicamentos.

Limitaciones y resultados incompletos

Hay algunas limitaciones en los resultados del estudio de las CNS. Al principio se analizó en detalle y se perfeccionó la información de la Contaduría General del Estado (CGE) para evitar la contabilidad por partida doble de los renglones considerados. Paralelamente se verificó que la información fuese coherente con la definición de gasto en salud que rige este documento. Posteriormente esto se consolidó con la información proveniente del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE), lo que posibilitó la obtención de una base de datos más confiable. Para garantizar la validez de los resultados, estos últimos se verificaron comparándolos con los datos provistos por las fuentes primarias. Se observaron problemas de notificación incompleta en la información sobre el Fondo de Inversión Social; de esta manera se recurrió una vez más a los datos provistos por el fondo mismo, y esta información se consolidó con la base de CGE-VIPFE.

En Bolivia, obtener acceso a información financiera del sector privado es aún un obstáculo difícil en el proceso de cuantificación de la participación en el gasto nacional en salud. Incluso los organismos públicos de salud pertinentes no suministran este tipo de información, como en el caso de la financiación externa que reciben de las organizaciones no gubernamentales. En consecuencia, se debe programar la coordinación necesaria de manera que los estudios sobre gastos en salud u otros estudios similares cuenten con todo el apoyo del sector privado y, a su vez, será el sector mismo el que contribuya a que la información sobre salud sea confiable, posibilitando así el mejoramiento de la toma de decisiones por parte de todos los agentes participantes en el sector.

La recopilación de información del sector público ha enfrentado ciertos problemas con referencia a la evaluación de datos y, de esta manera, como se mencionara anteriormente, se recurrió a fuentes primarias de información para corroborar y mejorar los resultados del estudio. El Ministerio de Salud participó en la revisión de las cifras para esa institución, y sería aconsejable conservar este tipo de compromiso para lograr el consenso necesario.

Recomendaciones y conclusiones

Los fondos para la salud son los proveedores principales de la atención en salud en Bolivia, cubriendo las necesidades de trabajadores y sus dependientes. No obstante, se observa una alta saturación de los servicios, lo que provoca que la calidad sea deficiente y hace que las personas con ingreso medio busquen alternativas en el sector privado para la atención a la salud.

El sector público, específicamente el Ministerio de Salud, desempeña un papel fundamental en la puesta en práctica de programas especiales de prevención y promoción de la salud. Este trabajo es de alcance nacional y se ofrece sin cargo alguno. Dado su carácter de actividad sin fines de lucro, sería difícil que lo llevase adelante otro sector de la economía.

La participación de los hogares en el gasto privado sigue siendo la base fundamental de este sector. No obstante, estas erogaciones son predominantemente de bolsillo. Los hogares aún no consideran como una alternativa viable a su costo-beneficio el acceso a servicios de medicina prepagada y la cobertura ofrecida por las compañías de seguros. Estos servicios son todavía de naturaleza selectiva y esto se demuestra en su participación en el gasto del sector privado.

Dentro de la estructura del gasto en salud de los hogares, el renglón más importante es el del gasto en medicamentos, dado que los hogares asignan aproximadamente el 60% de sus presupuestos a cubrir esta necesidad. Como es de esperar, los hogares siguen concentrando sus gastos, en términos de atención médica y hospitalaria, en los servicios con fines de lucro de pago directo y no en los servicios alternativos como las ONG, la medicina prepagada u otras alternativas. Estos servicios con fines de lucro de pago directo absorben una cantidad significativa de los gastos de los hogares en visitas médicas y hospitalización. Aparentemente,

como ya se mencionara anteriormente, los servicios de seguros y medicina prepagada no son lo suficientemente atractivos y accesibles aún para que los hogares utilicen la atención a la salud prestada por estos agentes.

A pesar de que la prestación de servicios del sector privado comprende un porcentaje pequeño de todos los servicios de la salud, su presencia es significativa. Los aumentos en las primas del sector público y la prestación de servicios con el fondo de la salud no ofrecen aumentos equiparables en la calidad de esos servicios. Los consumidores, en consecuencia, buscan la prestación privada de calidad más alta, a pesar de que deben pagar de su bolsillo. Este uso de los prestadores privados ha disminuido la eficiencia funcional de los servicios públicos al utilizarlos por debajo de su capacidad y con costos altos por unidad.

Ecuador

Objetivos de las Cuentas Nacionales de Salud

El objetivo primordial de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) es ofrecer una descripción o panorama general del origen de los fondos, es decir, sus fuentes, los detalles de la asignación y el uso de los recursos, al igual que los canales para la distribución de los fondos utilizados en el sector salud. Un instrumento de valor de este tipo hace posible administrar, distribuir, y movilizar recursos del sector salud, en el sentido de que posibilita:

1. Tener una idea completa de la estructura y el financiamiento del sector salud de Ecuador.
2. Adoptar decisiones bien fundadas sobre las realidades sectoriales, posibilitando la identificación de los problemas y las oportunidades para introducir cambios y, de esta manera, poner en marcha y supervisar las estrategias para la reforma.
3. Conocer la incidencia y la importancia real de la salud a nivel nacional en términos del producto interno bruto (PIB) de Ecuador y otras variables macroeconómicas.
4. Tener una idea completa de la magnitud de los flujos y el movimiento en niveles no evaluados hasta el momento.
5. Identificar con exactitud los sectores y los niveles del sector salud que deben recibir la prioridad más alta.
6. Establecer comparaciones y conocer los niveles regionales de gasto en salud sobre la base de una metodología única.

Principales resultados

- En 1995, el gasto total en salud en Ecuador representó más de 2.000 billones (2.094.414 millones) de sucres actualizados (EE.UU.$816.217.459), una cantidad que representa 4,6% del PIB nacional.
- El gasto per cápita anual para todo el sector durante 1995 fue de 182.759 sucres actualizados o EE.UU.$71,22.
- Durante el mismo año, el gasto total por hogar como una fuente de financiamiento se elevó a 1.018.571 millones de sucres, una cifra que representa 48,63% del gasto total nacional.
- El gasto por familia anual, incurrido directamente por los hogares ecuatorianos que actúan como agentes de pago, representó 692.855 millones de sucres en 1995, una suma que representa el1,5% del PIB, 2,6% del gasto total de hogares, y 33% del gasto nacional total.
- 74,7% del gasto de los hogares se manifiesta en las áreas urbanas y 25,3% en las áreas rurales.
- El renglón más importante en el gasto en salud de los hogares fue para “medicamentos, productos farmacéuticos y otros productos perecederos,” que representaron 61,1%, seguido por “atención médica” con un 24,3%.

- El gasto directo per cápita en salud a nivel nacional fue de 60.459 sucres (EE.UU.$23,56). El gasto total per cápita en salud por hogar, como una fuente de financiamiento, fue 88.881 sucres (EE.UU.$34,64).
- El gasto público representó 34,78% del gasto total en salud en Ecuador para 1995.
- En 1995, el gasto en salud del gobierno central, realizado por medio del Ministerio de Salud Pública (MSP), el Sistema Nacional de Erradicación de la Malaria, el Instituto Nacional de Higiene y el Centro Estatal de Abastecimiento de Medicamentos e Insumos, representó 494.723 millones de sucres, una cantidad equivalente al 23,6% del gasto nacional en salud.
- En 1995, el MSP invirtió 453.600 millones de sucres, de lo cual el 16,9% se destinó a la atención de primer nivel, 37,1% a la atención de segundo nivel y 45,9% a la atención de tercer nivel o especializada.
- En 1995, el gasto del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social/Seguro Social Campesino, (IESS/SSC) representó 406.895 millones de sucres. El porcentaje más alto, 36,6%, se concentró en la provincia de Guayas, con 34,6% y 7,3% invertidos en las provincias de Pichincha y Azuay, respectivamente.
- La inversión por las empresas durante el mismo año representó 76.396 millones de sucres, incluidos los pagos al seguro social. Las contribuciones a IESS comprenden la porción más grande de los fondos para la salud aportados por las empresas (63%) seguido por los pagos del seguro privado (17%) y el pago directo de gastos a las clínicas, los consultorios médicos, las fundaciones, etc. (3%). El gasto por las empresas representa el 3,6% del gasto total.
- El gasto de las compañías de seguros representó 75.302 millones de sucres en 1995, y 53% de dicha suma se destinó a los pagos por hospitalización, honorarios y cirugía, 42% para visitas médicas y laboratorios, 2% para tratamientos de rehabilitación y 3% para ambulancias, prótesis y equipos ortopédicos.
- El gasto de las empresas prepagadas en 1995 ascendió a 46.096 millones de sucres, y el segmento más alto (55,4%) de este gasto se asignó al pago para hospitalización, con 22,15% asignado para las visitas médicas, 14,21% a los laboratorios y 8,2% al pago para medicamentos y productos farmacéuticos.
- El gasto en salud de los proveedores de servicios a nivel nacional indica que el 25,91% del total se incurrió en establecimientos del MSP, mientras que los servicios del IESS/SSC representaron el 20,95% y las farmacias el 11% del gasto total.
- Del gasto total en salud, el 2,3% se invirtió en atención preventiva, mientras que el 97,7% se destinó al tratamiento curativo. Para el tratamiento curativo, los gastos para los niveles de atención de primer, segundo y tercer nivel representaron el 32,88%, 30,4% y 36,72% respectivamente del gasto total. En términos de gastos de los hogares por nivel de atención, la atención de primer nivel representó 42,87%, la atención de segundo nivel 50,85% y la atención de tercer nivel 6,28%.
- Con respecto a la composición del mercado de productos farmacéuticos, la producción nacional de medicamentos de laboratorio atiende el 38,0% del consumo interno, con 46% proveniente de las importaciones y el resto del mercado informal.

Limitaciones y resultados incompletos

Una de las principales limitaciones del estudio es la falta de datos clasificados al nivel correspondiente. Por ejemplo, cuando se estimaron los datos sobre gastos por hogares, surgieron problemas en la reconciliación de los gastos anuales y mensuales sobre la base de dos fuentes, con el uso de un factor de expansión. Además, en el caso de la clasificación urbana/rural, fue necesario elegir una fuente de datos y adaptarla al nivel necesario de datos.

En el caso del gasto del gobierno, fue difícil determinar la cantidad de transferencias para algunas instituciones y, de esta manera, la información se utilizó con verificación institucional

previa. Por otra parte, dentro de la clasificación por programas, fue posible solamente captar la cantidad específica de gastos del MSP en cuatro programas que patrocina.

El gasto en salud por los gobiernos locales fue muy problemático en cuanto al acceso a los datos dado que estas instituciones aún carecen de una sistematización estructurada. Entonces sólo se pudo de determinar el gasto para la Municipalidad de Quito, desglosado en atención directa y prevención.

Una limitación específica fue que la mayor parte de los datos para obtener el gasto por el MSP y otras instituciones de salud se encontraba en el Ministerio de Finanzas y Crédito Público, una institución que, como resultado de los requerimientos de confidencialidad y el hecho de que administra una gran cantidad de datos provenientes de todos los sectores, no sólo el de la salud, no estuvo en condiciones de ofrecer un flujo más dinámico de información.

Los presupuestos de IESS/SSC se realizan por región. El análisis de las CNS presupuso entonces criterios de proporcionalidad sobre la base de estadísticas de visitas de pacientes externos y altas hospitalarias para determinar el gasto a nivel provincial.

Fue difícil recopilar datos sobre las empresas y el seguro privado, así como los planes de salud prepagados dadas las limitaciones en el acceso a la información y el atraso excesivo en su entrega. La información es confidencial y se permite el acceso sólo para el nivel administrativo.

Fue difícil también determinar el financiamiento y el gasto por parte de la cooperación externa como resultado de las fuentes dispares de información, los diferentes niveles y la sistematización limitada. Una vez más, esto nos llevaba a presunciones que esperamos hayan respondido adecuadamente las preguntas de las CNS.

Con referencia a los gastos por las organizaciones no gubernamentales, las complicaciones se debieron también a la falta de datos y la conexión necesaria con las fuentes existentes. No fue posible incluir la contribución importante de la Iglesia y otras instituciones, como clubes o grupos de apoyo social. Finalmente, se prohibió ver el presupuesto de las Fuerzas Armadas por razones de seguridad nacional.

Recomendaciones y conclusiones

Las reformas del sector salud en diferentes países pretenden mejorar de manera efectiva las condiciones sanitarias de las poblaciones. Esto requiere un cambio fundamental no sólo en el sentido de ofrecer atención con "calidad y amabilidad" y en la organización y la administración de los establecimientos para que puedan funcionar de manera efectiva y eficiente, sino también en el financiamiento de los servicios de la salud a fin de que puedan ofrecer más atención con mejor calidad de manera equitativa.

Se trata de un área en el cual las CNS realizan una contribución decisiva, dado que una vez que se determinan los objetivos—tales como el seguro nacional para toda la población, la puesta en vigencia de medidas de prevención y los servicios para la salud oportunos y de alta calidad para todos los ecuatorianos independientemente de su capacidad de pago, el lugar donde vivan y la seriedad de su enfermedad —las CNS identifican específicamente los parámetross de las actividades, independientemente de si estas actividades son nacionales o provinciales, urbanas o rurales, preventivas o curativas. El trabajo aquí descrito posibilitó la obtención de algunos resultados interesantes que se espera generaren sospecha y expectativa: sospecha de manera que en el futuro las personas que posean información más específica contribuirán a la mayor precisión en las cuentas. Y expectativas, para promover la institucionalización de esta metodología a fin de que este análisis no sea un estudio aislado sino que contribuya continuamente a remediar la falta de información.

El Salvador

Objetivos de las Cuentas Nacionales de Salud

Dada la importancia del financiamiento y la utilización de recursos en el sector salud para aumentar la eficacia y la eficiencia de los servicios, en el transcurso de los últimos años se han realizado diferentes esfuerzos a fin de determinar las dimensiones económicas del sector en comparación con la economía en su conjunto, la contribución del sector para generar fuentes de empleo e inversión, así como la utilización y la aplicación de los recursos financieros disponibles. Estos análisis se realizaron mediante la metodología de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS).

El trabajo que se describe a continuación responde a la necesidad nacional de tener información sobre los flujos de financiamiento y el gasto en el sector salud, que es importante para definir las estrategias para la reforma del sector, y la supervisión y evaluación de la reforma.

Principales resultados

Financiamiento del sector salud

En 1996, el sector salud en El Salvador contaba con un financiamiento de aproximadamente 7.417,7 millones de colones actualizados, resultado de la cooperación externa, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Bienestar de los Maestros, Salud Militar, el Hospital ANTEL, las compañías de seguros, el Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil (PROSAMI), y los hogares. Entre estas fuentes, los hogares contribuyeron (directamente o mediante el MSPAS y el ISSS) el 53% del total del financiamiento del sector salud, mientras que el MSPAS y el ISSS contribuyeron el 43%. Las fuentes principales de financiamiento del MSPAS fueron el Ministerio de Finanzas (1.309,5 millones de colones) y la cooperación externa (333,6 millones de colones), mientras que las fuentes para el ISSS fueron las empresas privadas (767,5 millones de colones) y los hogares (418,1 millones de colones).

Gastos en el sector salud

De acuerdo con las estimaciones, en 1996, el gasto en salud en El Salvador ascendió a 6.832 millones de colones, cifra equivalente al 7,3% del PIB. Esta cifra representa un gasto medio en salud para El Salvador entre los países de América Latina y el Caribe. Esta cifra también representa un gasto per cápita anual de 180 colones (EE.UU.$135).

Las instituciones públicas pagaron a los proveedores de atención a la salud, especialmente el MSPAS y el ISSS, y las instituciones privadas, incluidas las compañías de seguro de la salud, PROSAMI y los hogares. La relación del gasto entre las instituciones públicas y privadas fue del 41% al 59%.

Sin usar o completar las matrices del sistema de las CNS de Harvard, sólo se puede presentar la distribución entre los prestatarios y los tipos de servicios, al igual que los renglones

de gastos para el MSPAS y el ISSS. Esta información se encuentra en las Figuras 1 y 7 y en el Cuadro 18, así como en los diferentes anexos del informe «Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador, LAC RSS».

Limitaciones y resultados incompletos

No existen datos específicos disponibles para correlacionar todas las series de resultados, como por ejemplo, todos los agentes contribuyentes con todos los tipos de servicios y los otros usos de estos recursos. Desafortunadamente, la información no permitió diferenciar el flujo de este financiamiento a los sectores público y privado, lo que evitaría la doble contabilización de las erogaciones.

La consolidación y el análisis del gasto del sector salud deberían cubrir necesariamente todas las instituciones públicas o privadas que realizan actividades en el sector salud—preventiva y curativa—al igual que los organismos responsables de la salud ambiental, la provisión de agua potable y el tratamiento de los residuos sólidos. Sin embargo, dada la información restringida, no fue posible incluir todas las instituciones involucradas en el gasto en salud. Como consecuencia, los resultados presentados aquí solo incluyen información sobre gastos por el MSPAS, el ISSS, las compañías de seguros de la salud, 12 organizaciones no gubernamentales participantes en PROSAMI y los hogares. El análisis pudo estimar el gasto del sector salud por Salud Militar y Bienestar de los Maestros pero no pudo desagregarlo de ninguna manera. La exclusión del gasto por las instituciones tales como el Ministerio del Medio Ambiente, la Asociación Nacional de Acueductos y Alcantarillados, las oficinas municipales y las organizaciones no gubernamentales que trabajan con el medio ambiente refleja las limitaciones en la información según se explica en detalle en los aspectos metodológicos de esta investigación (Ver «Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador, LAC RSS»).

Recomendaciones y conclusiones

Los resultados obtenidos del análisis de las CNS brindan una oportunidad para obtener conclusiones y formular recomendaciones que contribuyan a la reforma del sector salud. Estas conclusiones y recomendaciones incluyen lo siguiente:

1. En 1996, el financiamiento del sector salud tuvo un fuerte componente del sector privado, la fuente principal de lo cual fueron las contribuciones de bolsillo de los hogares. Esto destaca el problema de inequidad en el sistema, especialmente cuando consideramos el hecho de que las familias que viven en situaciones de pobreza extrema o relativa contribuyeron aproximadamente el 40% de este financiamiento.
2. El gasto nacional en salud pone a El Salvador entre los países promedio en América Latina y representa el 7,3% del PIB, lo que indica que el sector de la salud usa un porcentaje relativamente alto del patrimonio nacional sin ofrecer los niveles de cobertura requeridos.
3. La relación de los sectores público/privado en el gasto en salud (41% a 59%) ilustra la importancia relativa del componente privado en términos del financiamiento del gasto del sector salud, y este hecho debe considerarse para la definición de las políticas sectoriales sobre financiamiento y asignación de recursos.
4. Un alto porcentaje del gasto público en salud se destina a la compensación laboral y los gastos operativos de las instituciones de atención a la salud. La inflexibilidad en estos renglones del presupuesto evita que se pueda ahorrar y reasignar recursos a otros renglones críticos (medicamentos, equipo biomédico, etc.) en el sector salud.
5. De la misma manera, tanto en el sistema de seguro social como en la red de servicios nacionales, una gran parte de los recursos del sector público se han asignado a la atención hospitalaria, mientras que el flujo de recursos para la atención de primer nivel ha sido menor. Es necesario examinar esta situación dado que no se están invirtiendo recursos en la atención más efectiva y menos costosa en el sector salud.

Guatemala

Objetivos de las Cuentas Nacionales de Salud

La puesta en práctica de iniciativas tendientes a aumentar la eficiencia de los servicios de salud, los recortes en los recursos disponibles para el sector y el aumento de los costos de la atención han hecho necesario introducir en la agenda de discusión el tema que comprende la reorientación del gasto y la diversificación del financiamiento de la salud.

En muchos países se ha experimentado con procesos de reforma que permiten introducir nuevos sistemas de financiamiento y que establecen procedimientos para la estrecha vigilancia de la utilización de los recursos del sector. Los encargados de la definición de políticas demandan con mayor insistencia criterios y datos que les permitan seleccionar los planes de acción más apropiados para este campo.

El estudio de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) ofrece la oportunidad muy valiosa de documentar el proceso de reforma por el que atraviesa el sector, y de reforzar el proceso de toma de decisiones que habrán de darle orientación y constancia a tal proceso de cambio. Es por ello que la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se ha sumado a la iniciativa regional de estudio de las cuentas nacionales.

A fin de lograr los objetivos establecidos, el programa se subdivide en tres partes: el desarrollo institucional, el financiamiento del sector, y la ampliación y el mejoramiento de los servicios de salud.

El componente destinado al financiamiento del sector procura motivar la participación privada y no gubernamental en el suministro de servicios de salud, mediante la descentralización financiera y la puesta en marcha de programas autosostenibles para aumentar la oferta de bienes y servicios de salud a la población. Estas reformas enfrentan los problemas que supone reorientar el gasto en favor de la atención preventiva de la salud y reasignar los recursos a las poblaciones postergadas en cuanto al acceso a servicios.

Principales resultados

El gasto en salud, en miles de quetzales, en el año 1995 fue de 3.108.085 (3,65% del PIB); en 1996, la cifra ascendió a 3.632.322 (3,8% del PIB), y en 1977 se elevó a 3.852.794 (3,97% del PIB). (Ver el Cuadro 6, refierase a «Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala, LAC RSS 10).

Las fuentes de financiamiento del gasto en salud, en 1995, fueron el gobierno, 24%; la cooperación externa, 4%; los hogares, 55%, y las empresas, 17%. (Ver el Cuadro 7 con los resultados para los años 1995–1997, refierase a «Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala, LAC RSS 10). Es evidente que los hogares constituyen la fuente más importante del gasto en salud. Durante el período estudiado se observa una tendencia moderada al aumento en la participación de las organizaciones privadas u ONG, debido en parte a la mayor participación de las ONG y los planes de los seguros privados de salud, así como a una contracción del gasto estatal a través de los distintos agentes. Según puede apreciarse el gasto fluyó principalmente a través de los fondos de los hogares, seguido en importancia por el Instituto

Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y el Ministerio de Salud. Los valores anuales en quetzales para la matriz de fuentes y agentes aparece en el Cuadro 8, el cual es similar a la matriz 1 para las CNS de Harvard. (Para los años 1995 a 1997, ver los Cuadros 9.A, 9.B, y 9.C, respectivamente.) (Refierase a «Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala, LAC RSS 10). Cada institución recibe recursos de fuentes de financiamiento en diversa proporción.

La importancia relativa del gasto en salud de los agentes de financiamiento para el año 1995 fue del 21,7% para el Ministerio de Salud; 1,7% para otros ministerios; 0,1% para los fondos sociales; 25,9% para el IGSS; 2,4% para las ONG; 2,4% para los planes de seguros privados, y 45,7% para los hogares. En total, la división bruta del gasto en salud fue del 49% y el 51%, entre los agentes públicos y los privados, respectivamente. (Ver el Cuadro 8, refierase a «Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala, LAC RSS 10.)

El gasto en salud por habitante fue de EE.UU.$57 en 1995, EE.UU.$61 en 1996 y EE.UU.$60 en 1997.

Limitaciones y resultados incompletos

El estudio contiene información relativa al período 1995–1997. Los datos más completos y confiables corresponden al sector público, ya que se basan en informes impresos de la ejecución presupuestaria, emitidos por la Contabilidad del Estado. La información sobre las ONG corresponde a informes de estas organizaciones para el inventario efectuado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP) y el Ministerio de Salud, anteriormente citado, y el estudio local subcontratado por el Ministerio de Salud con GSD Consultores Asociados. A fin de elaborar las matrices, fue necesario estimar algunos datos sobre las ONG, tal como se describe en el anexo metodológico. La información relativa a gastos de poca monta se reconstruyó a partir de la base de datos de la encuesta de la demanda de servicios y gastos en salud del Instituto Nacional de Estadísticas en 1997. En el mismo anexo se presentan los detalles de algunas estimaciones efectuadas para años anteriores. (Refierase a «Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala, PHR SIR 10S).

La encuesta de 1997 se realizó en cuatro departamentos de la región sudoeste del país. Dicha información sirvió de base para la estimación de los valores nacionales de gasto de los hogares, apoyándose en la encuesta sociodemográfica de 1989, y bajo el supuesto de un incremento del gasto en salud asociado al mayor gasto total de los hogares y según las zonas de residencia rural y urbana. La estimación podrá mejorarse con los datos captados por la nueva encuesta de gastos.

Recomendaciones y conclusiones

Los resultados de esta primera exploración plantean desafíos importantes en el proceso de reforma del sector salud. Parece necesario que, para elevar la equidad en la prestación de servicios y la eficiencia en asignación del gasto, deberá modificarse radicalmente el mecanismo de financiamiento de forma que se reduzca la dispersión de agentes intermediarios y se logre mayor acercamiento entre la aportación a la salud y la percepción de los beneficios. Por otra parte, es tarea inmediata del estado generar un marco regulatorio y un esquema de acreditación de proveedores que facilite el acceso de la población a los servicios de salud por medio de un papel fortalecido del Ministerio y del IGSS, como agentes financieros del sistema de salud. El acceso universal a un conjunto básico de bienes asegurables de salud, y el cabal cumplimiento de las obligaciones estatales en materia de salud pública, imponen cambios radicales en el flujo de financiamiento y gasto en salud.

México

Objetivos de las Cuentas Nacionales de Salud

El proceso de reforma en el Sistema Nacional de Salud (SNS) ha hecho evidente la necesidad de estudiar el gasto en salud. Es éste el objetivo de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), las cuales constituyen un análisis de los recursos financieros del SNS en sus diferentes componentes institucionales, tanto públicos—de seguridad social y servicios para la población no asegurada—como privados. Dicha contabilidad se realiza anualmente para identificar los montos financieros del SNS y su distribución.

La estimación de las CNS representa una herramienta útil para la toma de decisiones y el seguimiento de políticas dentro de la reforma del sector. En este documento se presenta la actualización a 1995 de las CNS en México con el fin de elevar y conservar la situación de salud de la población. La integración de la información que se presenta incluye las diversas instituciones que brindan servicios de salud, si bien no considera las actividades de asistencia y prestaciones sociales.

Principales resultados

El gasto en salud de 1995 asciende a más de 100.000 millones de pesos (EE.UU.$15.000 millones) y equivale al 5,5 % del PIB. La cifra muestra un incremento a precios corrientes que, no obstante, no consigue superar el crecimiento de la inflación y, de hecho, se trata de una caída por primera vez desde el período de 1992 a 1993. El gasto privado (57%) es superior al gasto público (43%) en salud. En términos de la población total del país, el gasto promedio total por habitante fue de $1.107, de los cuales $480 se ejercieron como gasto público y $627 como gasto privado. La distribución del gasto en salud por tipo de fuente en 1995 fue: hogares, 63,6%; empresas, 21,8%; gobierno federal, 13,8%; gobierno estatal, 0,6%, y recursos externos, 0,2%.

Las contribuciones directas se canalizan principalmente hacia los fondos de la seguridad social, en donde los aportes más elevados corresponden a las empresas. La mayor parte de los fondos de la seguridad social reciben recursos federales, con un mínimo aporte de los gobiernos estatales. Los aportes indirectos se aplican principalmente en los fondos para los no asegurados. Estos recursos provienen fundamentalmente de los gobiernos, en donde el gobierno federal contribuye con la mayor parte de los recursos (93%). De hecho, en valores absolutos, su aporte casi duplica el que realiza para la seguridad social. Los gobiernos de los estados aportan 5% del total, que en monto absoluto casi se triplica en los aportes hacia la seguridad social. Los fondos privados muestran el predominio de aportación de los hogares (99%), que es complementado por las empresas (1%).

Los programas analizados son los propuestos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y son los mismos que las instituciones públicas del sector utilizan para elaborar sus informes. En 1995 el gasto de las instituciones públicas de salud fue de 43.050 millones de nuevos pesos, que se distribuyeron en tres tipos de programas: administración y planeación,

atención directa a la población, incluida la atención curativa y la preventiva, y programas de apoyo como la investigación y la capacitación.

Las actividades de administración y planeación de la salud recibieron cada una 8% del gasto total. Las actividades de atención preventiva y curativa recibieron conjuntamente la mayor proporción de los recursos (72%).

Se carece de un registro del gasto por programa en las instituciones de salud privadas; sin embargo, la información sobre estas unidades muestra que la heterogeneidad de su tamaño pudiera asociarse con la heterogeneidad que se observa en la proporción que asignan al gasto administrativo. Salvo excepciones, el gasto en acciones de capacitación e investigación será reducido. Por ello se presupone que el gasto en los servicios privados se orienta en su mayor parte a actividades de curación y prevención.

Dentro de las actividades curativas, la distribución del gasto es heterogénea. Como promedio, el 58% de los recursos se dirigen a la atención hospitalaria, en la que dos terceras partes son para hospitalización general y un tercio para hospitalización especializada. El 28% del gasto es para la consulta externa general, y el 8% para la consulta externa especializada. Los recursos restantes se destinan principalmente a la atención de casos de urgencias, emergencias y desastres y, en menor proporción, a la rehabilitación. En las instituciones se observan divergencias importantes en la distribución del gasto, lo que refleja la diversidad de la atención que brindan.

Además de la clasificación programática, el registro del gasto institucional público propuesto por la SHCP se refiere a los factores de la producción. De acuerdo con esta última clasificación, las remuneraciones representan el concepto de mayor consumo de recursos; esto se explica porque, además del personal involucrado en los servicios finales y la elevada proporción de trabajadores de la salud especializados, las actividades del SNS requieren múltiples actividades de apoyo. Sólo en el caso de los Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Petróleos Mexicanos (PEMEX), este concepto de gasto no concentra la mayor proporción de recursos; lo que puede atribuirse al hecho de que el pago de honorarios se registra como parte de los consumos intermedios en los servicios generales. En las instituciones públicas, el monto de este gasto oscila entre 24% y 71%. En los servicios privados representa el 28% del total.

El segundo concepto en importancia son los servicios generales, cuyo valor representa entre el 11% y el 64% del total. En el caso del Instituto Mexicano de Seguridad Social, Solidaridad, el gasto en materiales y suministros es superior que el de servicios generales, y en el caso de ISSSTE y PEMEX, este último concepto de gasto recibe el mayor monto. Los servicios privados presentan una cifra promedio del 32%.

En términos generales, el gasto en insumos representa una proporción del gasto entre el 10% y el 20%, pero presenta una mayor proporción en los servicios privados, en los que llega a ser l31%. El gasto en infraestructura es el que consume la menor proporción de los recursos tanto en los servicios públicos (3% a 7%) como privados (10%).

Limitaciones y resultados incompletos

La metodología de estudio de las CNS se encuentra en el Anexo 1 (refierase a «Cuentas Nacionales de Salud: México, LAC RSS 11). Este anexo y otras secciones del informe presentan las limitaciones del trabajo.

Recomendaciones y conclusiones

Las CNS representan un sistema de información financiero que analiza cuantitativa y cualitativamente el gasto. El seguimiento del gasto a través del tiempo permitirá evaluar si las políticas tienen un efecto positivo para mejorar la equidad en el gasto. La actualización anual

de las estimaciones en México ha permitido construir una base de datos que ampliará los análisis realizados hasta ahora, incluso algunos análisis sobre la efectividad del sistema.

Dentro del gasto público, los recursos se concentran en fondos para la seguridad social, cuyo gasto por habitante supera hasta en cuatro veces el gasto de los fondos para los no asegurados. Si la estimación se realiza por población usuaria e institución, la diferencia en el gasto llega a ser 12 veces más alta en los casos extremos. Al analizar el gasto en salud total por habitante y por estado observamos diferencias de hasta 10 veces; dichas diferencias se presentan principalmente a expensas del gasto privado.

Si se agrupa a las entidades según la necesidades de salud y si se utiliza la mortalidad de adultos y de menores de cinco años para representar el avance en la transición epidemiológica, observamos que a mayor necesidad menor es el gasto en salud. En particular, las zonas de rezago muestran un menor gasto privado. Se observa asimismo inequidad en la distribución del gasto por zona geográfica y por necesidades, lo que destaca la necesidad de reorientar aún más el financiamiento hacia las entidades con mayor necesidad. Igualmente recomendable sería imprimir una nueva orientación que buscará elevar la magnitud del gasto preventivo. Es necesario incrementar el gasto para los no asegurados pobres, así como desarrollar y regular un mercado público y privado que movilice los gastos privados de bolsillo hacia modalidades de prepago que protejan la economía familiar.

Si bien se ha identificado la necesidad y utilidad de las CNS, éstas representan una herramienta parcial, por lo que sería necesario ampliar los sistemas de valoración institucional para potenciar los alcances evaluativos del sistema. Ello implica la realización simultánea de estudios sobre la efectividad, entre otros, que necesariamente deberán alcanzar niveles de desagregación tales que permitan la toma de decisiones a nivel estatal, por institución y por programa.

Nicaragua

Objetivos de las Cuentas Nacionales de Salud

El análisis del financiamiento y el gasto en salud, el objetivo de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), constituye uno de los ejes fundamentales de la reforma del sector salud. El análisis de la factibilidad económica, los efectos distributivos, la conveniencia política e incluso las implicaciones normativas de los programas de atención médica guían al estado en la elaboración de políticas nacionales y sectoriales de salud a fin de satisfacer las necesidades de la población con un presupuesto restrictivo.

El presente estudio constituye un valioso instrumento que permitirá a las autoridades visualizar una planificación estratégica de las reformas en el sector salud de Nicaragua, esperando que se asignen los recursos a determinados programas o subsistemas en aras de cumplir con los objetivos de eficiencia y equidad en el sector, a favor de los sectores más vulnerables de la población.

Principales resultados

Matriz N° 1

Identificar las fuentes de financiamiento y su grado de participación en el sector salud nacional e indicar la magnitud de los recursos que estos financiadores destinan a cada uno de los fondos de salud.

El origen del financiamiento para la salud es una mezcla tripartita de los sectores público, privado y la cooperación externa, en la que sobresalen los dos primeros, los cuales en su conjunto aportaron en 1995 y 1996 el 79,7% y el 82,3%, respectivamente, del total del financiamiento del sector de atención a la salud.

En 1995, el subsector público financió el 41,3% y el subsector privado el 38,4%. Esta relación se mantuvo en 1996, a pesar de que la contribución del sector público (41,5%) permaneció esencialmente sin cambios mientras que la contribución del sector privado creció a 40,8%. Estas cifras confirman análisis anteriores por la Organización Panamericana de la Salud y el Banco Mundial, que mostraron un porcentaje más alto de gastos por el sector público. La caída en el financiamiento por cooperación externa, que fue de 21,3% en 1995 a 17,7% en 1996, se compensó con el incremento de la contribución del sector privado.

Los organismos del sector público—el Ministerio de Salud (MINSA), el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y otros—administraron el 68% de los gastos en atención a la salud en 1995 y, en 1996, este gasto se incrementó levemente (0,4%).

El porcentaje de gastos de los hogares, que administran directamente sus propios recursos, a través del pago directo que efectúan a los diferentes proveedores (fondos virtuales), fue similar en 1995 (32%) y 1996 (31,6%), y se supone que esa pequeña disminución puede ser causa de la maduración del Modelo de Salud Previsional del INNS y su creciente participación en el financiamiento del sector.

Matriz Nº 2

Identificar el destino de los recursos que los agentes transfieren a los diferentes proveedores de servicios del sector salud. Cuantificar los recursos asignados a los diversos proveedores de servicios de salud.

Los resultados detallan la asignación de recursos por establecimiento según institución y niveles de atención: primer nivel (centros de salud, puestos de salud, clínicas), segundo nivel (hospitales, policlínicos y centros de referencia nacional) y farmacias. Se analiza entonces:

- la aportación o asignación de recursos de agentes a los proveedores,
- la magnitud de los recursos que los proveedores de servicios de salud destinan o emplean por institución o nivel de atención, y
- la identificación de las características de la mezcla de los sectores público/privado en la prestación de los servicios de salud.

En término medio, la asignación de los recursos financieros a los proveedores de servicios correspondió en 1995, a un 63,1% destinado a los proveedores públicos, y a un 36,9% destinado a los proveedores privados, relación que se mantuvo invariable en 1996, habiendo recibido los proveedores públicos y privados el 62,6% y el 37,4%, respectivamente.

En las redes de servicios de primer nivel, los proveedores públicos emplearon como promedio para ambos años el 23% del total del financiamiento, siendo el MINSA, en correspondencia con su rol designado por la sociedad nicaragüense, el que mayor recursos utilizó en estos servicios, el 20,4%. En el segundo nivel de atención se utilizó el 26,5%, en tanto que la atención ambulatoria especializada y los centros de referencia nacional dispusieron de un 11,7%. Los proveedores privados registraron por su parte un gasto promedio del 12,6% en clínicas, el 3,6% en hospitales, y el 21,5% en farmacias, en donde se manifiesta el peso de los gastos directos de los hogares.

Matriz Nº 3

En general, durante 1995 y 1996, no hubo variaciones significativas en cuanto al destino de los recursos por programas o tipos de servicios. Como promedio, un 78% del gasto en salud se destinó a programas de atención curativa, seguido de programas de promoción de salud y prevención de enfermedades (15%), correspondiendo a la rehabilitación un promedio de apenas un 0,6% del total de gasto.

En 1996, como consecuencia de las restricciones del financiamiento del subsector público, en términos reales, los hogares utilizaron el 31,7% —aproximadamente un tercio— de su contribución para la atención ambulatoria y hospitalaria. Más específicamente, el 21,1% se destinó a la atención curativa ambulatoria y el resto a cubrir las contingencias de hospitalización. Es importante destacar que la población acude a los servicios provistos por el sector público (MINSA) en caso de requerir atención hospitalaria especializada (15%–16% del gasto), probablemente debido a su alto costo en el mercado privado, mientras que en la consulta ambulatoria general se dirigen a los consultorios privados (más del 16% del gasto), relación que resulta inversamente proporcional entre ambos subsectores.

Finalmente, el MINSA actúa como el organismo principal encargado de la promoción y prevención: aproximadamente el 16% de su gasto total se asigna a esta función, con el 13%–14% dirigido al primer nivel de atención. El INSS tiene un aporte marginal (2% promedio) dedicado fundamentalmente a la labor de prevención de accidentes en los centros de trabajo.

Matriz Nº 4

En 1995, los renglones presupuestarios a los que se asignó el mayor volumen de recursos financieros fueron los materiales y suministros (42,5%) y los servicios de personal (34,3 %). En 1996, se mantuvieron a un nivel similar, o sea, del 37,6% y del 36,8%, respectivamente. Sin embargo, se debe destacar que en el subsector público a los servicios de personal se dedica la mayor cantidad de recursos en comparación con los demás renglones, tanto es así que éste duplica los recursos destinados específicamente a medicamentos. La institución que consume más recursos en personal es el MINSA, dado que las plantillas de las otras instituciones en el campo de la salud son menores, y el INSS no cuenta con instalaciones sanitarias sino que contrata los servicios a oferentes públicos y privados.

En el subsector privado, los hogares asumen la responsabilidad por la compra de los medicamentos que no provee el sector público, destinando el 21,97% (año 1996) de sus recursos a este renglón, y se presume que básicamente para los fines de la atención curativa. Esto equivale a más de la quinta parte del financiamiento total del sector.

El renglón 4 en la matriz de bienes de consumo (refierase a «Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua, LAC RSS) muestra un nivel elevado de gasto (19,9%–23,3%), producto principalmente de los proyectos de cooperación externa (préstamos y donaciones) que están orientados a la construcción y rehabilitación (mejoras y equipamiento) de las unidades de salud.

Otros resultados

En términos generales y para los fines de comparación con otros sistemas, algunos indicadores agregados del sector salud de Nicaragua se pueden resumir de la siguiente manera:

Descripción	1995	1996
Gasto per cápita en EE.UU.$	56,46	58,11
Gasto público en salud/gasto público	28,2%	29,6%
Gasto en salud/PIB	12,9%	13,2%

Un aspecto importante que requiere aclaración se refiere a la relación entre el gasto en salud y el PIB. En Nicaragua se tiene a 1998 como el año base de las series históricas, lo cual permite suponer que existe una subvaloración del PIB en términos reales, problema éste con respecto al cual existe plena conciencia entre las autoridades pertinentes. Actualmente el Banco Central de Nicaragua trabaja deflactando las series históricas con 1994 como el año base, pero para los efectos de este estudio, teniendo en cuenta las cifras oficiales, la comparación expresa un nivel muy alto del gasto en salud sobre este indicador agregado respecto a otros países. Por lo tanto, debemos considerar el gasto per cápita en dólares como una medida más justa del financiamiento del sector.

Limitaciones y resultados incompletos

La recopilación y el procesamiento de información realizados para este análisis permitieron identificar los problemas que dificultarían el proceso de institucionalización de las Cuentas Nacionales de Salud, en el sector de la salud en general y en las instituciones específicas. Confirmó también la necesidad de homogeneizar las variables tanto de la estructura

presupuestaria como de producción de servicios, para permitir una mayor desagregación y profundidad en el análisis, sobre todo en cuanto a la valoración de los recursos asignados a las prioridades del país, tales como la promoción y prevención en grupos y territorios vulnerables. En cuanto al análisis de los datos relativos al gasto privado, uno de los elementos no disponibles fue su estimación por territorio.

Se registraron diferencias entre los datos de ejecución del Ministerio de Financiación y los de las instituciones de la salud (incluido el MINSA) debido a que cuando se elaboraron los informes financieros de las instituciones, aún quedaban pendientes rendiciones de cuentas. Las limitaciones de tiempo impidieron una verificación más cuidadosa. Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es que, debido a ciertos eventos críticos que se produjeron en 1995, como numerosos casos de cólera y sarampión y la aparición de la leptospirosis, se destinaron partidas extrapresupuestarias que se rindieron hasta el año siguiente.

La función que cumplen algunas instituciones para la atención a la salud en el sector gubernamental, tales como el INSS, no incluye la de prestación de servicios de salud, lo que dificulta la identificación de los tipos de servicios y rubros económicos que financian (matrices 3 y 4 refierase a «Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua, LAC RSS), ya que lo que presentan es el monto per cápita de acuerdo con la población adscrita a las empresas de seguros públicas y privadas.

Por otra parte, si bien se pudo sistematizar gran cantidad de información financiera histórica para el sector del gobierno para el período comprendido entre 1991 y 1996, algunas incoherencias en la información impiden todavía la presentación completa. De esta manera, el proyecto de las CNS de Nicaragua se centró en los años 1995 y 1996.

Las limitaciones que se presentaron en el trabajo con los datos sobre la atención a la salud en el sector privado fueron la falta de acceso a todas las instituciones que financian los servicios de salud, tal como es el caso de las ONG. Otras instituciones registran la información solamente por objeto de gasto, lo que no alcanza para identificar y analizar la información en la metodología de las CNS, pero se espera en el futuro poder tener acceso a estos datos que permitan un análisis completo de los gastos en salud.

Con los datos obtenidos se construyeron series históricas por institución, y luego, de todas las instituciones y su total por año. A estos datos se les aplica el deflactor del PIB con base a 1980, debido a que la serie de indicadores con base a 1994 aún no se encuentra disponible.

Recomendaciones y conclusiones

El estudio sólo presenta los resultados del financiamiento del sector salud de Nicaragua para los años 1995 y 1996. Durante este período, son leves las variaciones en cuanto a la participación de los subsectores público y privado, como fuentes de financiamiento. Si bien la proporción de financiamiento privado aumentó levemente en 1996, como resultado de la mayor contribución de los hogares y el desarrollo de las empresas de salud privadas, la proporción de financiamiento público continuó siendo levemente mayor, como resultado en primer término de las inversiones en infraestructura por parte del Ministerio de Salud.

En cuanto al destino de los recursos entre los diferentes niveles de atención a la salud, el análisis muestra que hubo una caída en el gasto de los programas de promoción y prevención; por cada córdoba asignado a la promoción y la prevención, se invirtieron cinco córdobas en la atención curativa. No obstante, el volumen de recursos usados para promoción y prevención es alto en comparación con otros países en la región (Ecuador, por ejemplo, asigna 11% y México 7%).

Por otra parte, desde comienzos de la década de 1980, la estrategia declarada de la política de salud de Nicaragua asigna la prioridad más alta a la atención de primer nivel. No obstante, los datos muestran que continúan las asignaciones más sustantivas a la atención de segundo nivel, como resultado de la necesidad urgente de poner en vigencia infraestructura hospitalaria y equipos. Sin embargo, este uso más extenso de los recursos a nivel de la atención

secundaria es relativamente satisfactorio si la distribución de los recursos se compara con los otros países de Centroamérica.

En lo referente a otros destinos del gasto, entre 1995 y 1996, se refleja un incremento leve en los servicios de personal, especialmente en el MINSA, el cual se debe en parte al crecimiento de la plantilla promovida por proyectos de organismos colaboradores. En lo que respecta a bienes de uso (infraestructura física y equipos), su incremento es muy significativo, y se debe a que en el año 1996 se iniciaron inversiones en edificaciones y construcciones, sobre todo en las unidades de salud del MINSA.

La participación de los hogares en el financiamiento de la salud es cada vez mayor, pero existen pruebas claras que revelan que el gasto de los hogares ha venido a profundizar la inequidad en el sector; ya que los hogares con menores recursos están haciendo mayores gastos proporcionalmente que los que generan mayores ingresos.

Estas injusticias deben obligar a las entidades participantes en el financiamiento del sector, sobre todas las fuentes públicas, a promover una distribución equitativa de los recursos cada vez más escasos hacia los sectores más vulnerables, a fin de reducir la falta de equidad, accesibilidad y eficiencia.

Se recomienda el establecimiento formal de una Unidad Técnica de las CNS con la participación de las instituciones públicas, privadas y de cooperación externa, así como la definición de funciones, líneas de autoridad, recursos e interrelaciones con las divisiones Financiera y de Cooperación Externa. Deberá definirse la relación de los que coordinan la reforma del sector salud.

Se deben promover estudios de investigación que contribuyan al desarrollo del sistema de las CNS, tales como el de "Oferta privada de servicios de salud", y "Oferta de servicios de salud de las ONG", que permitan la integración de información y el procesamiento y análisis de los datos sobre financiamiento y el gasto en salud.

Paralelamente se debe coordinar con la Dirección de Cooperación Externa y la Administración del MINSA la elaboración de una clasificación que permita la integración de su información de acuerdo con los requisitos técnicos de las CNS.

En perspectiva, para el análisis del gasto privado aportarán información especial la encuesta de ingresos y datos que se realizará en 1998, así como la encuesta sobre el nivel de vida de 1999. En este sentido, se han realizado actividades de coordinación con las instancias promotoras de estas iniciativas para la inclusión de un miembro de las CNS en la elaboración de los instrumentos para la recolección de datos, y para introducir un apartado específico para indicar el gasto que efectúan los hogares en atención de salud.

Perú

Objetivo de las Cuentas Nacionales de Salud

Identificar el volumen de recursos financieros con que opera el sector salud, a fin de establecer de qué fuentes proceden los fondos y en qué proporciones, la manera en que se asignan los recursos, y cuáles son las necesidades financieras.

Definición del sector

El sector salud comprende las instituciones de los sectores público y privado, que establecen normas y reglamentaciones y prestan servicios de salud. Se incluyen también las actividades orientadas a la nutrición, el saneamiento, el medio ambiente, el control de la calidad de medicamentos y alimentos, etc., las cuales de acuerdo con la asignación de responsabilidades administrativas, forman parte del sector salud.

Como actividades complementarias se cuentan la fabricación, importación, distribución y venta de medicamentos, productos terapéuticos y aparatos ortopédicos, la fabricación de equipos médicos y la construcción de establecimientos sanitarios. También las compañías de seguros — que ofrecen seguros médicos, escolares y contra accidentes personales — se consideran agentes complementarios.

Cobertura

La cobertura de salud es suministrada por las instituciones financiadoras (fuentes), las instituciones intermediarias (fondos) y las instituciones proveedoras de servicios de salud, las cuales se enumeran a continuación:

- *el Gobierno*, que actúa como receptor de ingresos, distribuidor de recursos y proveedor de servicios de salud, administrador y dirigente del sector, a través de sus dependencias que efectúan los gastos y se encargan de la ejecución;
- *el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS)* que actúa como receptor de fondos y proveedor de servicios de salud;
- *las compañías de seguros,* que funcionan como receptoras de fondos (reciben primas y compran o pagan las prestaciones de salud a través de las indemnizaciones a sus asegurados);
- *las empresas financieras*, que actúan como agentes que pagan intereses por inmovilización de reservas técnicas en el caso del IPSS;
- *las empresas productoras, distribuidoras y comercializadoras (farmacias) de productos farmacéuticos y medicinas,* en su papel de oferentes de productos complementarios a la atención médica;
- *las empresas como prestatarias de servicios privados de salud y como autoproductoras de servicios de salud para sus empleados y sus dependientes*. En el primer caso, sus fondos provienen de las tarifas cobradas a los hogares, a las compañías de seguros

(indemnizaciones) y a las empresas que disponen de fondos privados para sufragar los gastos de salud de sus trabajadores y sus dependientes. En el segundo caso, los servicios de salud prestados son financiados con fondos de la propia empresa;

- *las instituciones privadas sin fines de lucro*, que prestan servicios de salud y son receptoras de donaciones (internas y externas) y de las tarifas simbólicas que cobran a los hogares;
- *los empleadores en general (públicos y privados)*, que actúan com financiadores de los recursos del Fondo de Seguridad Social, a través de aportes obligatorios; y
- *los hogare*s, que financiaron parcialmente el Fondo de Seguridad Social hasta 1995, y financian los fondos privados de las empresas, coparticipan con sus empleadores en el financiamiento de las primas pagadas a las empresas de seguros, y financian a las compañías productoras, distribuidoras y comercializadoras de productos farmacéuticos y medicamentos, a través de la adquisición de estos últimos. Los hogares en su calidad de beneficiarios finales de los servicios de salud financian, además, con sus gastos de bolsillo pagados al fondo público (servicios de salud y medicamentos del sector público) a las empresas privadas con fines de lucro (compras de servicios de salud y medicamentos), a la seguridad social (servicios para los no asegurados) y a las compañías de seguros (primas).

Principales resultados

En 1995, las fuentes que aportaron los recursos para financiar al sector salud fueron las siguientes: los hogares (37,3%), el Gobierno (34,4%), las empresas (27,7%) y las fuentes externas (0,5%), cuyo aporte reciben directamente las entidades no gubernamentales. En 1996, las fuentes mantuvieron este mismo orden de importancia, pero se observaron modificaciones en la participación relativa de cada una de ellas.

En 1995 y 1996, la mayor proporción de los recursos se destinó al suministro de servicios públicos a la población "no asegurada", con montos equivalentes al 38% y al 41% respectivamente. Los fondos privados de las instituciones con fines de lucro constituyeron el segundo componente de más importancia, representando el 34% y el 33%, respectivamente, en 1995 y 1996. En tercer lugar figura el IPSS con un 27% en 1995 y un 25% en 1996. Y el último lugar corresponde al sector privado sin fines de lucro, con el 1% registrado en ambos años.

En lo referente a las instituciones proveedoras de servicios, un 85% se destina a la prestación de servicios de salud, y la diferencia está constituida por los gastos de actividades de nutrición, saneamiento, medio ambiente y "no para servicios". Del total de gastos en salud, el 94% son gastos corrientes, y el 6% restante son gastos de inversión.

El gasto per cápita en salud, en términos constantes, aumentó de 218 nuevos soles, en 1995, a 263 nuevos soles, en 1996. Como proporción del producto bruto interno, el gasto en salud aumentó del 3,9% en 1995, al 4,2% al año siguiente. Se registró un aumento del 8%, en términos reales, en el gasto en salud del subsector que brinda servicios a la población no asegurada.

Cabe mencionar, además, que aproximadamente el 45% del gasto total del país se efectúa en Lima y Callao—en donde se concentra el 32% de la población—y el otro 55% corresponde al resto de los departamentos en donde habita aproximadamente el 68% de la población del país.

Limitaciones y Resultados incompletos

La información básica sobre el sector privado es escasa y no es de buena calidad. Las encuestas no tienen una cobertura apropiada y los resultados no siempre son representativos al nivel de las subregiones de salud. Los estudios e investigaciones, en algunos casos, abarcan sólo las áreas geográficas donde actúan los programas y proyectos.

Es importante mencionar que existen diversos casos de subestimación del gasto en salud porque no se dispone de información sobre:

- la inversión en salud del subsector privado;
- la intervención de grupos no institucionales (curanderos); si bien esta información puede captarse parcialmente por el lado de la demanda y de las actividades de salud de grupos de asistencia como la Cruz Roja y los cuerpos de bomberos;
- el trabajo voluntario individual y comunitario, tanto al nivel de la prestación como del establecimiento y mantenimiento de la infraestructura; y
- las donaciones extranjeras y nacionales.

Recomendaciones y conclusiones

Optimizar el uso de recursos tanto internos como externos, promoviendo la realización de estudios, investigaciones y encuestas especializadas con cobertura nacional y con representación subregional y/o microregional. Esto permitirá que, a un costo marginal, pueda disponerse de información a nivel nacional.

Las condiciones para el establecimiento de un sistema de Cuentas Nacionales de Salud están dadas. El Instituto Nacional de Estadística e Informática se encuentra en el proceso de adecuar sus cuentas nacionales con el Sistema de Cuentas Nacionales de 1993, aprobado por las Naciones Unidas, y, en el sector salud, se han realizado estudios e investigaciones en los últimos años que mejoran sustancialmente la disponibilidad de información.

República Dominicana

Objetivos de la Cuentas Nacionales de Salud

Mediante las Cuentas Nacionales de Salud se espera determinar la estructura y los flujos financieros del sector salud. Dichas Cuentas Nacionales de Salud permiten establecer lo siguiente:

- las dimensiones del sector salud,
- sdistintos componentes,
- quién controla la asignación de los recursos, y
- quién efectúa los pagos, en qué concepto, y quién es el receptor de los mismos.

Otro objetivo de las Cuentas Nacionales de Salud consiste en mejorar las políticas del sector. La disponibilidad de la información generada permite a las autoridades tomar decisiones a fin de hacer que el financiamiento de la salud sea más equitativo y lograr mayor eficiencia en la asignación de los recursos.

El tercer objetivo de las Cuentas Nacionales de Salud permite monitorear los cambios producidos en el sector, como resultado de la aplicación de ciertas políticas. Esto es especialmente importante cuando se lleva a cabo un proceso de reforma, tal como es el caso en la República Dominicana. En este sentido dichas cuentas permitirán establecer puntos de partida para medir, entre otras cosas, lo siguiente:

- los efectos de la reforma,
- el impacto de las reformas en los costos totales,
- el grado en que se han alcanzado las metas de reasignación de recursos,
- quiénes son los beneficiarios de las reformas, y
- el grado en que se ha logrado la sostenibilidad.

Principales resultados

La estimación preliminar del financiamiento del gasto nacional en salud en la República Dominicana para 1996*, muestra que, en términos porcentuales, el gobierno aporta el 14,9%, las familias el 79,2%, las empresas el 4,7% y la cooperación externa un 1,2% del gasto total en salud del país.

Según estas cifras, el gasto nacional en salud corresponde al 7% del PIB, proporción que es un tanto elevada dentro del contexto latinoamericano, ya que es equivalente a la que

* En base a la estimación de las Cuentas Nacionales de Salud realizada por el Banco Central, el gasto de los hogares proviene del Módulo de Gasto en Salud de la Encuesta Demográfica de Salud (ENDESA '96). Están pendientes de procesar una investigación especial del subsector asegurador y otra de las organizaciones no gubernamentales, las cuales no alterarán de manera sustancial estas proporciones.

registran los países más ricos de la región, y es similar a las de varios países europeos. El aporte de las familias constituye un 5,5% del PIB, el del gobierno un 1% y el de las empresas un 0,3%.

Ello demuestra la baja proporción del aporte gubernamental y la enorme carga que este gasto significa para las familias. En la mayoría de los países, por lo menos la mitad del gasto total corresponde al gobierno. Si a ello se suman las grandes ineficiencias que se observan en el suministro de los servicios de salud del gobierno, es probable que su impacto sea muy reducido en lo que respecta a mejorar las condiciones de salud de la población y a la distribución de los ingresos.

En comparación con otros países, el gasto de las familias es, por el contrario, sumamente alto. Si tenemos presente que la mayoria de la población no está asegurada y que estos desembolsos que efectúan constituyen gastos de bolsillo, es decir dinero que la gente tiene que restar de sus ingresos para cubrir directamente (y sin reembolso) estas necesidades vitales, estas cifras indican que existe evidentemente un problema muy grave de falta de equidad en el financiamiento de la salud en el país.

En efecto, si nos referimos a la cobertura de los seguros de salud, para 1996 tenemos las siguientes cifras: el 80,5% de la población no tiene seguro, el 5% esta asegurada por el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS), el 12% tiene seguros privados y el 1,7% tiene otros tipos de seguros.

La mitad de las familias dominicanas se hospitaliza en clínicas privadas y la otra mitad lo hace principalmente en hospitales de la Secretaría del Estado de Salud Pública. Una minoría utiliza los hospitales militares y del IDSS. Casi una tercera parte de la población más pobre del país utiliza las clínicas privadas. Esto es realmente asombroso porque no se supone que dichos grupos las utilicen si no están asegurados, ya que, como hemos dicho, es la familia la que debe afrontar ese gasto. Este hecho sugiere que existe cierta desconfianza en el sistema público de salud.

Recomendaciones y conclusiones

Las Cuentas Nacionales de Salud, preparadas por primera vez en la República Dominicana, servirán de base para monitorear los efectos de las reformas que se avecinan. Una de las repercusiones principales de dichas cuentas es que permitirán analizar los cambios en la composición del financiamiento y, con ello, sus efectos en la equidad y en el nivel de vida de la población. Por ejemplo, si mediante la reforma, los servicios de salud del gobierno mejoran en cantidad y calidad, es muy probable que la población de pocos recursos que hoy utiliza servicios privados, deje de hacerlo, con lo cual aumentaría la disponibilidad de recursos familiares para otros fines, tales como mejorar la alimentación. Del mismo modo, la mayor cobertura del seguro de salud, tanto público como privado, también redundará en una mejor calidad de vida para la población dominicana.

La preparación de las Cuentas Nacionales de Salud debe constituir un esfuerzo permanente de recopilación estadística de datos. En este sentido, se recomienda la creación de una Comisión Nacional de Cuentas Nacionales de Salud, que se encargue de dar seguimiento a este proceso. La misma estaría integrada por la Secretaría de Estado de Salud Pública, la Oficina Nacional de Planificación, la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud y el Banco Central de la República Dominicana. Esta última institución continuaría con el procesamiento de los datos en base a la información preparada especialmente para estos fines por las instituciones anteriores.

Publicaciones de la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe

1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe (Español/Inglés)

2- Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe (Español/Inglés)

3- Análisis del Sector Salud en Paraguay *(en preparación)*

4- *Clearinghouse on Health Sector Reform*

5- Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998) (Español/Inglés)

6- Indicadores de Medición de la Reforma del Sector Salud en Cuanto al Desempeño del Sistema (también *Partnerships for Health Reform* no. SIR 1S)

7- Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo (también *Partnerships for Health Reform* no. MAR 2/WP 2S)

8- Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia (también *Partnerships for Health Reform* no. SIR 8S)

9- Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador (también *Partnerships for Health Reform* no. SIR 9S)

10- Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala (también *Partnerships for Health Reform* no. SIR 10S)

11- Cuentas Nacionales de Salud: México (también *Partnerships for Health Reform* no. SIR 11S)

12- Cuentas Nacionales de Salud: Perú (también *Partnerships for Health Reform* no. SIR 15S)

Ediciones Especiales

1- Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América Latina y el Caribe (también *Partnerships for Health Reform* No. SIR 7S)

Para ordenar ejemplares adicionales de las publicaciones de PHR refiérase a:

Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe

Partnerships for Health Reform

Abt Associates Inc.

4800 Montgomery Lane, Suite 600

Bethesda, Maryland 20814, USA

Teléfono: 301-913-0500 - Facsímile: 301-913-0562

Visite nuestra página electrónica: http://www.americas.health-sector-reform.org