

CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA

ESTIMACIÓN DE FLUJOS DE
FINANCIAMIENTO Y GASTO
EN VIH/SIDA

GUÍA TÉCNICA PARA LA ESTIMACIÓN DE CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA



FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD
INSTITUCIÓN PRIVADA AL SERVICIO DE LA COMUNIDAD



SIDALAC
Iniciativa Regional
sobre SIDA para
América Latina y el
Caribe



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



GUÍA TÉCNICA PARA LA ESTIMACIÓN DE
CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA

Primera edición, 2000

ISBN de la obra 968-5018-40-5

ISBN de este título 968-5018-51-0

Derechos Reservados

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Periférico Sur No. 4809, Col. El Arenal, Tepepan

México, D.F.

Documento de trabajo. No copiar sin autorización de SIDALAC.

No circular.

El documento completo o en partes se puede consultar
en Internet en la página web de SIDALAC:

<http://www.sidalac.org.mx>

Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones son responsabilidad
exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan el punto de
vista de la Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC o las
instituciones patrocinadoras.

Los comentarios y sugerencias pueden dirigirse a:

Dr. José Antonio Izazola Licea

Coordinador Ejecutivo de la Iniciativa Regional sobre SIDA
para América Latina y el Caribe (SIDALAC).

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico



Presentación

Existe una dimensión económica en la lucha contra el SIDA. Es un frente de lucha complejo, porque son limitados los recursos, elevados los costos y el número de casos sigue aumentando. El impacto económico es elevado, en términos de discapacidad y muerte temprana en población en edad productiva. En la mayoría de países, es todavía débil el aporte de fuentes internas en el financiamiento de las acciones contra el VIH/SIDA. Los recursos existentes no siempre siguen una distribución -por actividades programáticas, grupos humanos o zonas geográficas- consistente con los criterios de pertinencia, eficiencia o equidad en la asignación.

Al estudiar el financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA se obtiene información útil para el diseño de estrategias encaminadas a mejorar el flujo y la asignación de los recursos. Tales estudios contribuyen a identificar desafíos y oportunidades para un problema de salud pública que comparte y compite por las urgencias y escaseces con otras necesidades básicas de la población.

La estimación del gasto y sus implicaciones para la acción son complemento para el esfuerzo de los países que están diseñando y poniendo en práctica planes estratégicos frente al VIH/SIDA. La información sobre la situación existente provee una base racional para introducir cambios en el acopio, la distribución y el uso de los recursos en respuesta al VIH/SIDA.

La Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y El Caribe (SIDALAC) tiene la finalidad de fomentar el desarrollo de actividades enfocadas a la toma de decisiones en organizaciones involucradas en aspectos relacionados a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), a fin de proporcionar información útil para la planeación estratégica de la prevención del VIH/SIDA y la atención a los afectados.

Con la presente publicación, SIDALAC busca fomentar el intercambio tecnológico y la formación de capacidades nacionales aplicables al estudio y la formulación de propuestas para aumentar el nivel y mejorar el aprovechamiento de los fondos destinados a combatir el SIDA en la Región.

La Guía tiene como marco conceptual las Cuentas Nacionales de Salud, desde la perspectiva de la Escuela de Salud Pública de Harvard, y los aportes a la estandarización recientemente generados por la Unidad de Políticas de Salud de la OCDE. Las estimaciones, sin embargo, pueden tener un ámbito nacional o cubrir delimitaciones subnacionales; tal es el caso de las repúblicas federativas, donde podría tener mayor factibilidad iniciar la estimación en uno o varios estados antes de integrar las cuentas de alcance federal.

Ante todo, esta “Guía Técnica” debe comprenderse como un producto orgánicamente inacabado, que se enriquece en experiencias nacionales a las que aporta y de las cuales se nutre. Se han completado estudios de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA en cuatro países (Guatemala, Uruguay, Brasil y México) y se encuentran en curso las estimaciones de otros tres (Honduras, República Dominicana y Perú). En tal sentido, se agradecerán los comentarios y sugerencias a la presente versión.



Acerca de esta Guía

λ Por qué se escribió esta Guía

Esta guía fue escrita con el ánimo de facilitar la apropiación metodológica y estimular la puesta en marcha de estudios sobre financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA, en los países de la región Latinoamericana y del Caribe, y al mismo tiempo proponer convenciones de procedimiento y clasificación, respaldadas por sistemas de cuentas nacionales de alcance mayor, para la consistencia y comparabilidad de los resultados.

λ Para quiénes se escribió esta Guía

La Guía pretende apoyar equipos nacionales interdisciplinarios, preocupados por la dimensión económica del combate a la epidemia, para que ellos mismos puedan organizar, diseñar y ejecutar estudios de cuentas nacionales en VIH/SIDA. La guía debería facilitar la utilización de un lenguaje común entre el personal técnico y el administrativo, y entre funcionarios públicos y del sector privado, quienes deberán alcanzar acuerdos en el proceso de realizar la estimación de los gastos en VIH/SIDA.

λ Cómo se desarrolló esta Guía

Durante 1999, SIDALAC auspició la realización de estudios de cuentas nacionales en VIH/SIDA en Guatemala, Uruguay, Brasil y México. Posteriormente, extendió el apoyo a Honduras, República Dominicana y Perú. El debate metodológico, la bibliografía consultada y la riqueza de experiencias que se en generó esta etapa fueron condensadas en un conjunto de materiales técnicos que componen la guía. Esta se beneficia de la revisión de los consultores

participantes en las estimaciones iniciales y en los países donde el estudio aún se encuentra en curso.

⌘ Cómo utilizar esta Guía

La guía ofrece un panorama completo de los estudios de cuentas nacionales en SIDA, como lectura previa para equipos nacionales interesados. También puede utilizarse para consultas puntuales que emergen durante el proyecto. Se recomienda seguir la organización del material, conforme se ejecutan los pasos sugeridos de un estudio de financiamiento y gasto en respuesta al SIDA. Lectura, aplicación, evaluación de resultados y reafirmación, conforman el ciclo de actividad para cada fase del estudio.

⌘ Estructura general de la Guía

La guía cuenta con un estudio introductorio, que permite familiarizarse con los antecedentes y conceptos básicos de la medición de financiamiento y gasto en salud. Enseguida se presentan seis módulos, correspondientes con las fases de la ejecución de un estudio de cuentas nacionales en VIH/SIDA: 1. Organización y Montaje; 2. Formulación del Protocolo; 3. Recolección de Datos; 4. Procesamiento y Análisis; 5. Interpretación de Resultados; 6. Divulgación. Cada capítulo cuenta con un apartado introductorio, descripción de pasos del proceso, lista de verificación de actividades y los anexos requeridos para la aplicación de la fase.

⌘ Qué se quiere lograr con esta Guía

Con esta Guía se busca fomentar el uso de información financiera sistemática, estandarizada e internacionalmente comparable, para la toma de decisiones, la identificación y ponderación de estrategias y la formulación de políticas encaminadas a elevar el nivel, simplificar el flujo y mejorar la eficiencia de los gastos destinados a afrontar el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe.



Introducción

La información sobre el nivel y los flujos de financiamiento en el sector salud contribuye a la formulación y evaluación de políticas, así como a la asignación de recursos entre programas de salud, zonas geográficas, niveles de atención y grupos de población blanco.

La información sobre estructura del gasto efectuado contribuye a, y se complementa con análisis económicos de eficiencia, efectividad o equidad. Sin embargo, la factibilidad de tales análisis descansa con frecuencia en la disponibilidad de cifras, organizadas en categorías convencionales y estables. Las series históricas consistentes en el tiempo y entre zonas geográficas, posibilitan la comprensión tanto del ritmo como de la orientación de las tendencias.

En el caso particular de la epidemia de HIV/SIDA, la información financiera sobre las fuentes, la distribución y el destino final de los gastos institucionales efectuados debe complementarse con otras cifras, como aquellas que documentan el impacto social y macroeconómico de la epidemia. Además, la contrastación de estas cifras con la magnitud, distribución geográfica, composición de la población afectada, factores culturales y situación de derechos humanos en el país, es necesaria para una interpretación integral de los resultados financieros.

Por otra parte, el acopio, la distribución y la utilización final de los recursos destinados a enfrentar el VIH/SIDA corren por canales en ciertos casos innovadores pero también, y por lo general, dan participación a los mismos actores económicos y mecanismos de transferencia y asignación vigentes para el sistema de salud en su conjunto. Las formas en que la sociedad se organiza para responder a sus problemas de salud constituyen el marco dentro del cual se organiza la respuesta específica al VIH/SIDA. Es por eso que, siguiendo el propósito de caracterizar la dinámica de recursos para abordar la epidemia,

resulta básico y de primordial interés comprender las lógicas del traslado de recursos hacia el sector y entre los agentes económicos que lo componen.

El enfoque de cuentas nacionales de salud es una propuesta metodológica útil para caracterizar el movimiento de recursos y su asignación final, y para interpretar las magnitudes y ritmos del flujo financiero en relación con el avance de la epidemia y la estructura del sistema de servicios. Es importante conocer las fuentes conceptuales de este enfoque, así como algunas de sus variantes en uso.

En el presente capítulo se discuten estos y otros temas que, partiendo de la fecunda intersección entre economía y salud, proveen fundamento a discusiones específicas de los siguientes capítulos.

Economía y SIDA

La epidemia del SIDA se ha convertido rápidamente en una prioridad en la agenda global de la salud. De acuerdo con las estimaciones de ONUSIDA, en 1999 había en el mundo casi 34 millones de personas viviendo con HIV/SIDA. Fueron detectados durante ese año 5.6 millones de casos, y se produjeron 2.6 millones de defunciones. Desde el inicio de la epidemia, se han registrado 16.3 millones de decesos imputables a la enfermedad. En la Región de las Américas, el número acumulado de casos fue de 1.1 millones, de los cuales casi una tercera parte corresponde a Latinoamérica.¹

La epidemia despierta preocupación a causa del ritmo de su crecimiento, la relativa falta de preparación de los sistemas nacionales ante una enfermedad emergente, las dificultades de movilización social que derivan del prejuicio y la estigmatización que recaen sobre quienes padecen la enfermedad y los grupos en mayor riesgo de contraerla. También, y de manera destacada, preocupa por sus fuertes implicaciones económicas, no solamente sobre los presupuestos de salud, sino sobre múltiples aspectos de la economía de las naciones.

Actualmente la epidemia está concentrada en la población adulta, en una fase del ciclo vital donde la persona es económicamente productiva. Del millón de casos reportado por OMS/OPS/ONUSIDA, solamente 19,321 casos se presentaron en menores de 15 años. Al afectar el segmento de población que corresponde a la fuerza laboral de un país, el

SIDA produce impactos económicos negativos para las familias, las empresas y los países. El impacto ocurre por mediación de diversas consecuencias de la enfermedad:²

- **Ausentismo laboral:** las empresas padecen reducción de la productividad y retraso en las entregas por días de trabajo perdidos a causa de los accesos de la enfermedad o de infecciones oportunistas.
- **Discapacidad:** la fase clínica de la enfermedad, el SIDA, produce inhabilitación para el trabajo, con la consecuencia de reducir la productividad de las empresas y aminorar o suspender los ingresos de las familias.
- **Muerte prematura:** el SIDA produce una reducción de la vida productiva de los trabajadores, que afecta por igual a las familias y a la sociedad. También afecta a las empresas, al ejercer presión sobre las condiciones del mercado de trabajo, principalmente en segmentos calificados y especializados de la fuerza laboral.
- **Gastos de tratamiento, mitigación y entierro:** los elevados costos de la atención para las familias, además de los costos de mitigación y entierro, reducen el ingreso disponible de las familias, destruyen las reservas de capital que puedan poseer, y detienen el ahorro. Estas consecuencias generalmente se combinan con el cese o reducción del aporte del enfermo a los ingresos familiares.
- **Viudez y orfandad:** La muerte prematura por SIDA produce un aumento de las familias monoparentales, así como de niños huérfanos, aumentando de esta forma la población en situación de vulnerabilidad social.

Adicionalmente, las empresas pueden verse afectadas por la rotación de personal y los correspondientes gastos en reclutamiento, inducción, capacitación. Si la empresa cubre parcial o totalmente los gastos de salud o aseguramiento, pensiones y gastos funerarios, también se producirán efectos económicos adversos.³

Una abrumadora mayoría de personas viviendo con VIH/SIDA –cerca del 95% del total– vive en países en desarrollo. La proporción tiende a crecer, pues la dispersión del virus se ve propulsada en aquellos países donde coexisten la pobreza, la debilidad de los sistemas de salud y las limitaciones de recursos para la prevención y el tratamiento.⁴

Esta combinación perniciosa de factores hace pensar que “si la cura del SIDA sólo consistiera en beber agua potable, todavía una gran cantidad de personas principalmente en países en vías de desarrollo, no tendrían acceso a este tratamiento”.⁵

Desafortunadamente, no se ha descubierto una cura o vacuna, y los esquemas de tratamiento son caros y complejos, especialmente en los estadios más avanzados de la infección. La introducción de la terapia anti-retroviral sumamente activa (TARSA) ofrece una esperanza debido a la rápida recuperación que se produce en muchos de los casos, alcanzando los usuarios un nivel funcional que les permite trabajar. Sin embargo, para 1998, el costo anual del tratamiento anti-retroviral (incluyendo tratamiento profiláctico y monitorización de laboratorio) de un paciente fue estimado en US\$ 13,815.28.⁶ Para las familias afectadas, el acceso a TARSA es prácticamente imposible: sólo para comprar los medicamentos anti-retrovirales de un mes, se requerirían 109 días de salario mínimo en Chile, 136 en Venezuela y 252 en México, comparados con 26 días de un obrero de Estados Unidos.⁷

En el último quinquenio, la epidemia del SIDA ha generado una importante corriente de recursos nacionales e internacionales. En 1996, el financiamiento de programas de SIDA a nivel mundial fue estimado en US\$ 548.5 millones, de los cuales, el 49% fue aportado por los gobiernos, el 19% por agencias de asistencia oficial al desarrollo (AOD), 9% provino del Sistema de Naciones Unidas y 23% del Banco Mundial. En términos generales, más de la mitad de los recursos asignados a SIDA por los países provino de fuentes externas. En los países menos desarrollados, las proporciones cambian dramáticamente: el aporte externo tiene una proporción, en el Africa Sub-Sahariana, de 91%; en el Caribe, del 92%; en Asia y el Pacífico, 43%; en América Latina, 33% y en Europa del Este, 21%.⁸

¿Cómo fueron utilizados esos recursos? ¿A qué poblaciones beneficiaron? ¿Cómo se distribuyó el gasto entre acciones de prevención y tratamiento? ¿Qué insumos fueron adquiridos con esos fondos? ¿Qué tipo de organizaciones intervinieron como agentes financieros o como proveedores de la atención?

Estas interrogantes llaman la atención sobre la necesidad de producir información que conduzca a la formulación y evaluación de políticas relacionadas con la respuesta social frente al VIH/SIDA. Un avance se ha producido con el surgimiento de investigaciones en

distintos contextos para estudiar los costos directos e indirectos del SIDA⁹, así como para medir la efectividad de diversas estrategias con relación a sus costos¹⁰. También se han propuesto metodologías para estimar el costo de las estrategias preventivas, para estimar los costos de los servicios médicos para personas con SIDA y para realizar la evaluación económica (mayormente costo-efectividad) de los programas de prevención y tratamiento.¹¹

La riqueza de este acervo, sin embargo, no se encuentra al alcance de muchos países de ingreso bajo y mediano, y las preguntas que se formulan en torno a la movilización, asignación y distribución de recursos en respuesta al VIH/SIDA continúan sin respuesta. Los estudios parciales de costo y de costo-efectividad, trazados para una estrategia o un conjunto de estrategias en particular, generalmente comparan una innovación contra la práctica vigente, o bien comparan un conjunto de intervenciones existentes contra un techo financiero que asume constituye el nivel social de capacidad o voluntad de pago. A esta práctica corriente del análisis de costo efectividad, con frecuencia se le escapan las fallas de asignación de recursos a nivel de programa o sector. Sin embargo, para muchos países, identificar y corregir las ineficiencias globales en la ubicación de fondos puede tener ganancias en la salud substancialmente mayores que las de un nuevo componente tecnológico que se agregue a la situación existente.¹²

Esta identificación de ineficiencias en la asignación puede obtenerse con inventarios generales y completos de los recursos que han sido realmente movilizados y los gastos ejercidos en programas de SIDA. A menudo los resultados de tales inventarios son sorprendentes, y proporcionan argumentos eficaces para movilizar a la acción. Esta “novedad” de los resultados se produce porque los actores económicos y sectoriales vinculados a la asignación de recursos solamente tienen acceso a un recorte de realidad que representa el contexto institucional en el que están inmersos. La asignación total (a nivel de país, estado o provincia) depende de muchas decisiones particulares, y la suma de ellas no siempre conduce a una respuesta sectorial congruente en términos financieros con la naturaleza del problema, con su distribución o con la efectividad relativa de las estrategias implicadas.

La red de instituciones que procesan las decisiones de asignación y gasto tiene diferente alcance, contextura y vinculación dependiendo del tipo de sistema de salud vigente en

cada país. En el próximo apartado se presenta una tipología de dichos sistemas, así como las implicaciones que tiene cada tipo sobre el volumen, la distribución y los efectos del financiamiento de las acciones en respuesta al VIH/SIDA.

Los Sistemas Nacionales de Salud

Las sociedades latinoamericanas han organizado de formas diversas la prestación de servicios de salud. Algunos países descansan en la racionalidad del mercado para equilibrar las necesidades de atención y la entrega de servicios. En el extremo opuesto, la provisión de servicios depende exclusivamente del estado. También hay opciones intermedias: los sistemas basados en un régimen de seguridad social, con cobertura universal y los sistemas plurales, donde coexisten formas privadas y públicas de prestación de servicios, así como seguros públicos y privados con cobertura parcial. Cada tipo de sistema tiene implicaciones importantes (tabla 1) sobre la cobertura de servicios en VIH/SIDA.

TABLA 1.1. Tipología de los sistemas de salud en América Latina y cobertura para personas con VIH/SIDA

Tipo de Sistema	Socializado	Seguridad Social	Plural	Libre Mercado
Principio	El cuidado de la salud como un servicio público proporcionado por el Estado	El cuidado de la salud como un servicio o bien para el consumidor asegurado	El cuidado de la salud fundamentalmente como un servicio o bien para el consumidor	El cuidado de la salud como un objeto de consumo personal
Financiamiento	Impuestos	Deducciones de nómina	Público y privado	Aseguradoras privadas y pago en efectivo
Provisión	Instalaciones de gobierno	Instalaciones de la seguridad social	Pública y privada	Instalaciones lucrativas y no lucrativas

Tipo de Sistema	Socializado	Seguridad Social	Plural	Libre Mercado
Administración	Pública	Sistema de seguro social	Pública y privada	Privada
Pagos	Totalmente indirectos	En su mayoría indirectos	Directos e indirectos	En su mayoría directos
Papel del Gobierno	Total	Central / Indirecto	Privado y público	Mínimo
Cobertura para VIH/SIDA	Universal	Universal	Población con seguro social	Cobertura privada muy limitada
Ejemplo	Cuba	Costa Rica	México, Brasil, Honduras	Chile, Colombia, Argentina

FUENTE: AVILA FIGUEROA, Carlos. **La epidemia de VIH/SIDA en el contexto de las reformas del sector salud en América Latina**. En: *El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria*. José Antonio Izazola-Licea, editor. FUNSALUD-SIDALAC/ONUSIDA, México, 1999.

El sistema *plural* es el tipo más frecuente en América Latina, en el cual coexisten formas públicas y privadas de financiamiento y provisión de servicios. En este tipo de sistema el Estado y la Seguridad Social cubren solo una parte de la población –que hasta puede ser la misma para ambas entidades- mientras que el sector privado –con y sin fines de lucro- intenta llenar los vacíos o competir por los usuarios con acceso económico y geográfico.

En términos generales, el sector público comprende las actividades de gobierno o de agentes marcadamente determinados por el gobierno. El sector privado incluye las actividades de agentes más allá del control gubernamental: pueden ser individuos, empresas u organizaciones sin fines de lucro.

Sin embargo, es necesario distinguir entre el financiamiento (público o privado) y la provisión de servicios (pública o privada). La tabla 2 muestra las combinaciones (como ejemplo no exhaustivo) entre formas privadas y públicas del financiamiento y la provisión de servicios de salud.

TABLA 1.2. Ejemplos de las combinaciones entre financiamiento y provisión de servicios Públicos y Privados

Provisión de servicios	Financiamiento	
	Público	Privado
Pública	Servicios gratuitos que se prestan en clínicas y hospitales de gobierno. Los recursos provienen de impuestos o cooperación oficial externa.	Servicios en instalaciones de gobierno en los que se cobran aranceles al usuario. Servicios del seguro social financiados con cuotas de obreros y patronos.
Privada	Servicios que proveen ONG bajo convenio con el gobierno, quien provee los recursos.	Servicios que proveen prestadores privados, y que se financian con pagos directos o seguros privados.

FUENTE: Adaptado de BERMAN, P and HANSON K. Assessing the private sector: Using non-government resources to strengthen public health goals. Harvard University, Research Triangle Institute/USAID. Boston, 1994.

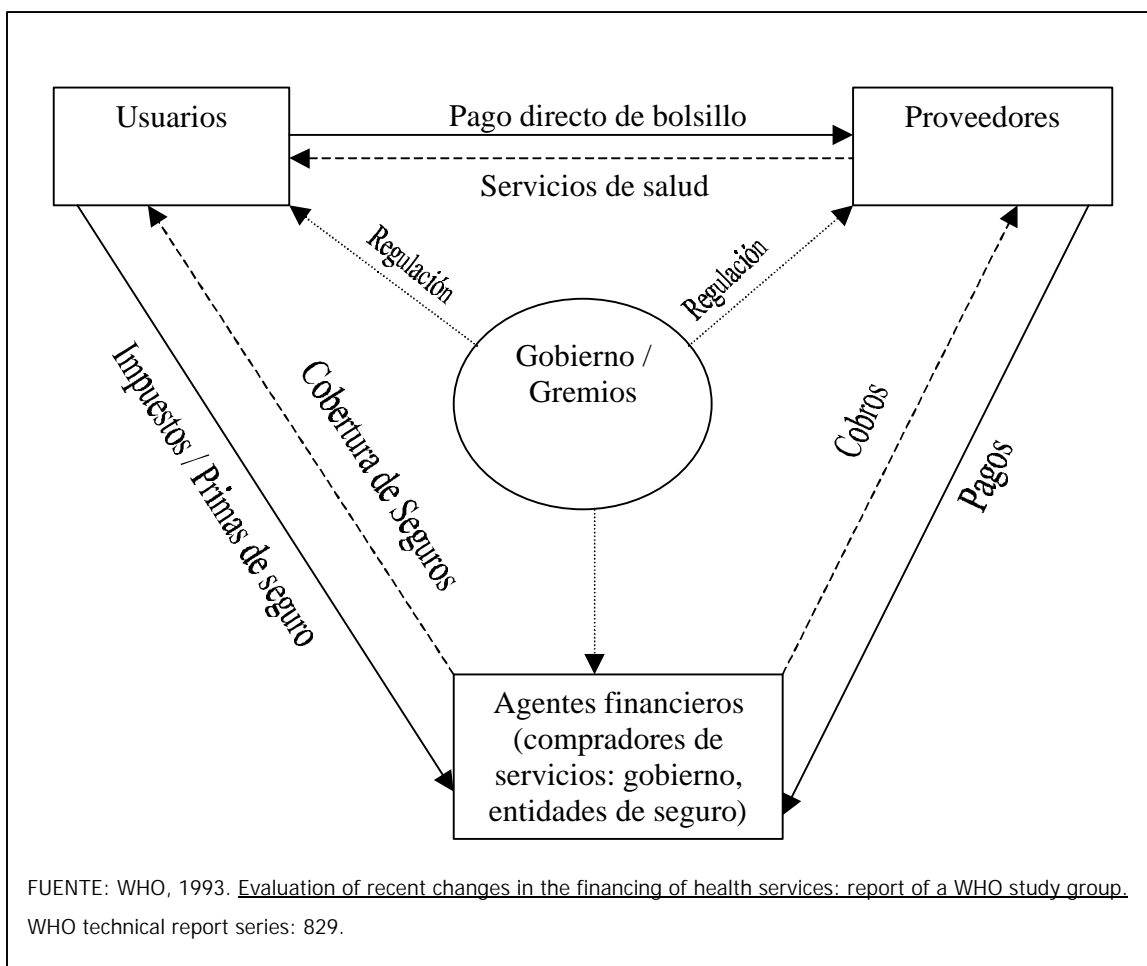
En consecuencia, para estudiar el financiamiento de un sistema de salud, es muy importante clasificar los proveedores de servicios y las fuentes de financiamiento. Existe además un conjunto de entidades intermediarias entre las fuentes financieras y los prestadores de servicios, que se denominan agentes o fondos financieros. La forma en que estos actores económicos se relacionan en el flujo de recursos se describe en el apartado siguiente.

Flujos de Financiamiento y Gasto en Salud

Para describir el flujo de transacciones que ocurren en una economía, es útil distinguir entre la corriente nominal y la corriente real. La corriente real está compuesta por bienes y servicios en el proceso de su circulación entre los agentes económicos, con fines de intermediación o consumo final. La corriente nominal representa el dinero que circula en dirección opuesta a la corriente real; por ejemplo, recibe dinero quien entrega bienes o presta servicios.

El circuito también opera en el mercado de servicios de salud, de manera similar. En él, además de los proveedores y usuarios de servicios de salud, existen otros agentes que contribuyen al funcionamiento regular del circuito económico (ilustración 1). El estado y las agrupaciones profesionales ejercen una función de regulación, controlando que se mantengan los estándares de práctica, vigilando que se cumplan los derechos de los usuarios y controlando los aspectos de gestión bajo su competencia.

ILUSTRACIÓN 1. ACTORES EN EL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD



Por otra parte, en el sector salud es muy frecuente que el comprador de los servicios no sea el mismo usuario; ya en la tabla 1.2 se planteaban dos opciones: que con recursos públicos se compren servicios de proveedores privados; que los recursos captados por los seguros se utilicen en el pago a proveedores por servicios prestados a los asegurados. Hay en el gobierno instituciones de salud que reciben financiamiento

público, de cooperación externa y cuotas cobradas a usuarios, que concentran esos recursos y luego los distribuyen de acuerdo con su propio criterio de asignación. Tales entidades (gobierno, seguridad social o seguros privados), al captar recursos y pagar los servicios prestados, se constituyen en agentes financieros que cumplen la función de un “fondo de salud”. La presencia de estos actores en el sector salud no solamente reduce la incertidumbre de los usuarios sobre pérdidas financieras a causa de enfermedad, sino también facilita al sector público el subsidiar, proveer o garantizar el pago por servicios y hacia poblaciones de interés para la política sanitaria.¹³

En la ilustración 1 se observa que los proveedores de servicios pueden recibir pagos de los usuarios en forma directa o bien pagos de los agentes financieros. Los agentes, a su vez, reciben financiamiento de los usuarios, bajo la forma de impuestos o primas de seguro. Un sector faltante en este esquema, de vital importancia en el flujo de recursos hacia VIH/SIDA, corresponde a las agencias de financiamiento externo. Estas pueden ser agencias bilaterales (asistencia oficial al desarrollo), multilaterales (como las agencias de Naciones Unidas) y organismos financieros internacionales (como el Banco Mundial).

En el análisis del financiamiento externo es importante distinguir entre donaciones y préstamos. Una donación oficial, por ejemplo, supone que los contribuyentes de otros países han transferido recursos, por medio de la agencia de financiamiento externo, a una agencia interna o directamente a uno o varios proveedores; la *fuentes* del financiamiento son los contribuyentes del exterior. Un préstamo, en cambio, es la utilización actual de recursos futuros que pagarán los contribuyentes del país que recibe el préstamo; la agencia de financiamiento externo solamente cumple el papel de intermediario.

El análisis de los flujos –de dónde provienen y hacia dónde van los recursos- requiere la especificación de tres componentes: las entidades, los mecanismos y las magnitudes, como se detalla en los próximos incisos.

- **Las entidades.** Por ser el flujo es una relación de intercambio entre entidades, identificar las participantes es un buen punto de partida para estudiar los flujos. Para la caracterización del flujo, debemos saber algunos atributos de las entidades: el nombre o razón social, el sector institucional al que pertenecen

(privado, público, externo) y cuál el papel que juegan en el flujo (fuentes, fondos o proveedores).

- **Los mecanismos.** El traslado de fondos de una entidad a otra puede corresponder a diferentes reglas. Tres ejemplos de traslado de fuentes a fondos de salud: asignación presupuestaria (de Ministerio de Finanzas a Ministerio de Salud); pago de prima (de empresas a seguros privados de salud); cuota laboral (contribución de hogares al régimen de seguridad social).
- **Las magnitudes.** Por supuesto, es deseable conocer, además de la relación de intercambio, la importancia relativa de esa relación. Esto significa que las cifras de movimiento de recursos interesan, en la caracterización del flujo, como medio para jerarquizar los flujos más importantes en el sector. Este ordenamiento ayuda a priorizar las relaciones que deben investigarse para integrar el financiamiento total del sector.

El enfoque de cuentas nacionales de salud permite organizar la información financiera del sector de forma que se integren las visiones sobre el nivel, la distribución y el flujo de recursos entre las entidades participantes, lo cual describe el próximo apartado.

Cuentas Nacionales de Salud

La cuantificación y caracterización de flujos de financiamiento y gasto para afrontar el VIH/SIDA es un esfuerzo de acopio que busca aprovechar la mayor cantidad de información disponible sobre el uso de recursos en este tema, con el más alto nivel de precisión y exactitud posible.

En ciertos casos, se plantean dificultades de disponibilidad, subregistro y clasificación de datos, a las cuales se debe la realización de estimaciones dirigidas a completar el marco contable. En tanto no se disponga de cifras, estas estimaciones cubrirán el objetivo de lograr una apreciación lo más completa posible, y a la vez, al divulgarse los resultados, promoverán una mayor disposición a registrar y compartir las informaciones.

La iniciativa de estimación de gastos en SIDA se apoya en la noción metodológica de “Sistema de Cuentas Nacionales de Salud”, y es relevante conocer su definición,

método, pasos y aplicaciones prácticas, aspectos que se presentan brevemente en los próximos apartados.

¿Qué son las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA?*

Se ha denominado Cuentas Nacionales en VIH/SIDA a la **contabilidad** sistemática, periódica y exhaustiva, del nivel y los **flujos de financiamiento y gasto** en salud que, en los subsectores público y privado, se dirigen a la prevención y el tratamiento de personas afectadas por el VIH/SIDA.

- Esta contabilidad debe ser *exhaustiva* por la cobertura de entidades, servicios y gastos financiados; *periódica* en cuanto se registra, integra y analiza con alguna frecuencia, idealmente, anual; *sistemática*, porque desarrolla categorías y estructuras de registro y reporte consistentes en el tiempo y comparables entre países.
- *Los flujos de financiamiento* se refieren a la corriente de recursos que distintas fuentes financieras aportan para la prestación de servicios de salud dirigidos a afrontar el VIH/SIDA, y que ingresan al sistema de salud a través de agentes financieros que los distribuyen entre los proveedores de servicios.
- *Los gastos en VIH/SIDA* comprenden los desembolsos para adquirir o contratar los bienes o servicios requeridos para la prevención y el tratamiento del SIDA, y pueden

Recuadro A. Preguntas que responden las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA

- ⓧ ¿En qué proporción aportan al financiamiento de las acciones de salud en respuesta al VIH/SIDA el gobierno, los fondos de seguridad social, el sector privado no lucrativo, los hogares, las empresas y la cooperación internacional?
- ⓧ ¿Qué tipo de proveedores de servicios están recibiendo recursos destinados a la prevención, el tratamiento y la administración de servicios frente al VIH/SIDA?
- ⓧ ¿Qué programas y tipos de servicio reciben financiamiento y en qué montos y proporciones?
- ⓧ ¿Cómo se distribuye el financiamiento entre zonas geográficas y grupos humanos?

* Una exploración más detallada de los antecedentes de Cuentas Nacionales de Salud, puede encontrarse en el apéndice a el presente capítulo introductorio.

analizarse en su distribución por tipo de servicio, grupo de usuario, área geográfica cubierta, tipo de establecimiento y otros.

A fin de que la interpretación de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA favorezca la toma de decisiones y la formulación y evaluación de propuestas de intervención, sus resultados deben articularse en el análisis con indicadores de la situación demográfica, epidemiológica, socioeconómica, de los servicios y las instituciones de salud.

¿Para qué sirven las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA?

El objetivo inmediato de las cuentas nacionales en VIH/SIDA consiste en determinar la magnitud y el flujo de los recursos que dentro de cada país se destinan a la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, así como la distribución de tales fondos entre instituciones públicas y privadas, elementos de gasto, programas y servicios, regiones y usuarios. En síntesis, permiten identificar quién paga, quién se beneficia, en qué proporción, y mediante cuáles mecanismos.

Esta información tiene múltiples aplicaciones. En principio, contribuye a precisar el análisis de la situación actual y a trazar su dinámica en el tiempo; en este caso, los estudios de cuentas nacionales en VIH/SIDA persiguen entre otros fines:

- Dimensionar la respuesta de los sistemas nacionales de salud ante la epidemia del VIH/SIDA, su importancia en las agendas públicas, y el costo que representa la combinación de proveedores, servicios y usuarios que conforman la estrategia de abordaje del VIH/SIDA;
- Establecer un registro cronológico continuo de las decisiones relevantes para afrontar el VIH/SIDA en cada una de las instituciones que conforman el sector salud, de cuyo análisis y evaluación puedan derivarse lecciones para la planificación estratégica y la programación operativa, tanto en el marco institucional como en el ámbito del sector salud.

El análisis de la situación de financiamiento y gasto en VIH/SIDA apoya también la búsqueda de opciones para superar la insuficiencia de recursos orientados a enfrentar la epidemia. Tanto los grupos directamente vinculados a la lucha contra el SIDA, como

los actores abocados a la reforma financiera del sector salud, encontrarán que el análisis de los flujos de financiamiento y gasto en SIDA facilitan el esfuerzo creativo de:

- Constituir mecanismos innovadores para elevar la captación de recursos hacia el sector;
- Diversificar las fuentes de financiamiento de las acciones contra el VIH/SIDA;
- Generar incentivos para movilizar recursos desde las fuentes con menor participación relativa dentro del conjunto;
- Acotar áreas donde puede alcanzarse mayor eficiencia en la asignación de recursos y mayor equidad en su distribución;
- Identificar las necesidades de regulación en las diversas etapas de gestión financiera, de acuerdo con la organización del sistema de atención y el papel de los intermediarios en el manejo de recursos.

¿Cómo se estiman las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA?

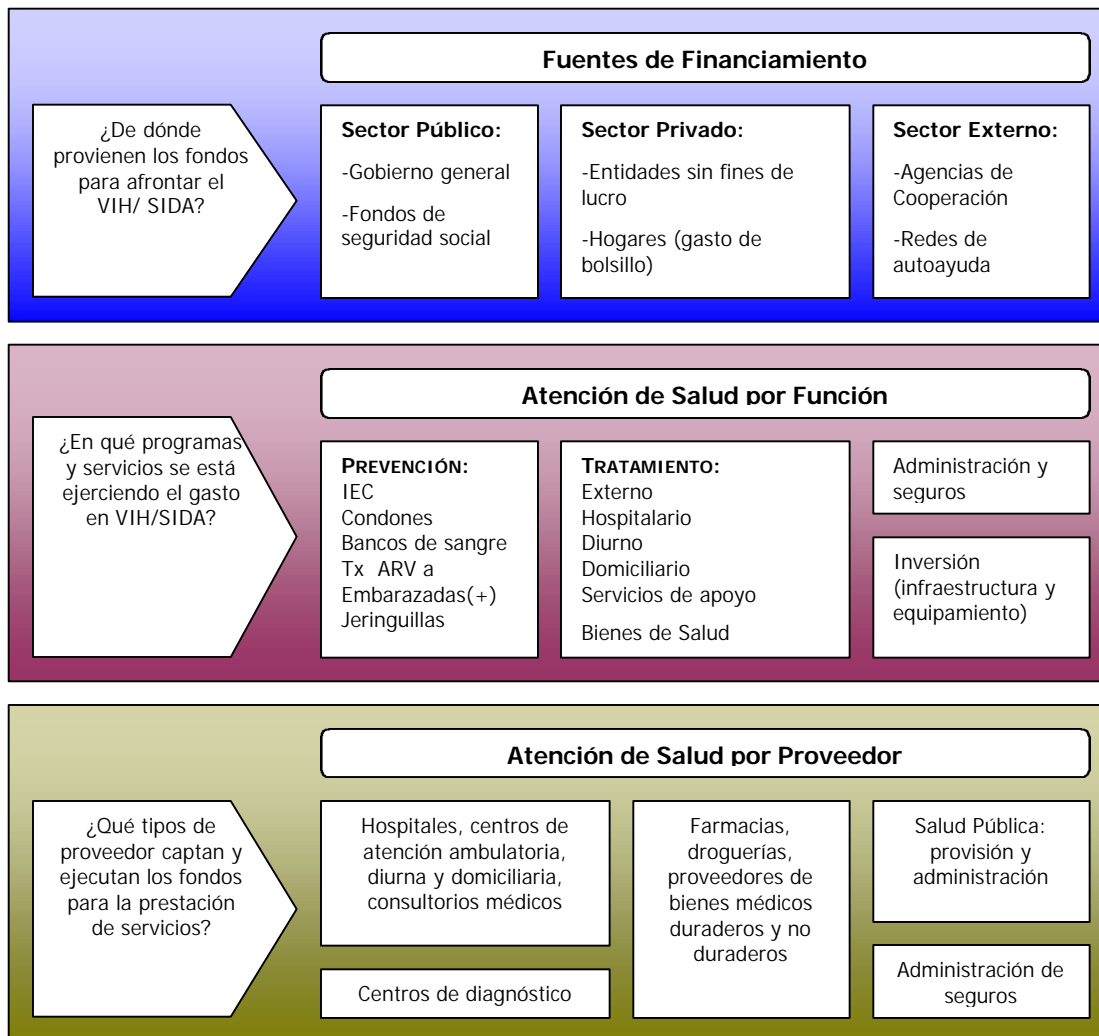
La metodología que se propone para estimar el financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA, genéricamente designada “Cuentas Nacionales en Salud” –CNS-, ha sido aplicada en estudios de alcance sectorial, en una red de países de América Latina, África y Asia, con el propósito de orientar la reforma del sector salud. Algunos países latinoamericanos han principado a aplicar esta metodología al estudio específico de los gastos y el financiamiento de las acciones contra el VIH/SIDA.¹⁴

La metodología emplea tablas de doble entrada (matrices) para representar el movimiento de recursos entre entidades. Las matrices indican el origen y destino de los recursos, evitando contar más de una vez los gastos realizados.

La estimación del gasto cubre generalmente períodos anuales, y reconstruye el flujo financiero desde el origen hasta su utilización final, por tres niveles de agrupación: (i) las *fuentes* de financiamiento; (ii) los *proveedores de servicios*, y (iii) las *funciones de servicio*.¹⁵ las relaciones entre estas distintas dimensiones de análisis se presentan en la ilustración 2. Estas dimensiones provienen principalmente del sistema de cuentas nacionales en salud, sin embargo las condiciones varían de país a país, y en cada

contexto es necesario realizar una adaptación del contenido de las fuentes de financiamiento, las funciones de atención y los proveedores.

ILUSTR. 2 DIMENSIONES DE ANÁLISIS DE LAS CUENTAS EN VIH/SIDA



Por otra parte, una de las ventajas que tiene el análisis de problema de salud en particular, como en el caso de las cuentas en VIH/SIDA, consiste en la posibilidad y conveniencia de analizar la distribución del gasto de acuerdo con los grupos humanos cubiertos, agrupados por características relevantes al análisis del problema de salud. Esto agrega una dimensión sobre el **destino** de los fondos según los grupos beneficiarios de los servicios, la cual es importante, entre otras razones, porque:

- ⌘ Existen grupos núcleo (tabla 1.3) en los cuales la inversión preventiva tiene mayor efectividad; no obstante, estos grupos son muchas veces desatendidos, a cambio de actividades de información, educación y comunicación a población abierta. La

clasificación del gasto por grupos humanos visibiliza las inconsistencias de la asignación en el gasto preventivo;

- ⌘ Algunas inequidades en la atención se dan a causa de discriminación, ya sea en función de diferencias étnico-raciales, o bien de las preferencias sexuales, la ocupación y el género. Es importante detectar si en la distribución del gasto se presentan sesgos discriminatorios, pues las poblaciones discriminadas, por su misma condición de vulnerabilidad, encierran un potencial epidémico elevado, y requieren, comparativamente, una mayor inversión en prevención y tratamiento.
- ⌘ El sistema de cuentas nacionales en salud, en términos amplios, conduce a clasificar a los usuarios de servicios en términos genéricos, socioeconómicos (quintil de ingresos, o de gastos en salud, por ejemplo), demográficos (sexo y grupo de edad) o geográficos (urbano-rural o según la división político-administrativa del país). Para una afección particular, como el SIDA, es posible una clasificación de usuarios más precisa y cuya lectura es vital para la acción epidemiológica y su reflejo en la programación y los presupuestos.

TABLA 1.3. Grupos Núcleo y Grupos Accesibles para la Prevención del SIDA

Grupos núcleo (de alto riesgo)	Acción preventiva	Grupos accesibles
Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)	Promover uso de condón Atención de ETS ulcerativas	Uniformados Privados de libertad Trabajadores móviles Migrantes
Trabajadoras y trabajadores comerciales del sexo (TCS)	Promover uso de condón Atención de ETS ulcerativas	Uniformados Privados de libertad Trabajadores móviles Migrantes
Usuarios de drogas inyectables	Evitar intercambio de jeringas	Privados de libertad
Usuarios de sangre y hemoderivados	Examinar la sangre donada en bancos de sangre	Bancos de Sangre
Niños en gestación cuya madre es seropositiva	Terapia anti-retroviral y, después del nacimiento, leche maternizada.	Madres en control prenatal

¿Qué fases comprende la estimación de las cuentas nacionales en VIH/SIDA?

El proceso de estimación de las cuentas nacionales en VIH/SIDA puede organizarse de diversas maneras; en la preparación de los módulos de esta guía técnica se propone un proceso que comprende las fases siguientes:

1. Organización y Montaje:

En esta fase se evalúan la conveniencia y la factibilidad de estimar las cuentas nacionales en VIH/SIDA, con base en la recuperación de antecedentes, la identificación de actores y fuentes potenciales de información, el sondeo de interés en los usuarios e informantes clave y la integración de un grupo interinstitucional que facilite el proceso, no solamente en cuanto al acceso a la información: también prestando su capacidad interpretativa a los datos y propiciando la diseminación de los resultados.

2. Planificación del Estudio:

Existen bases metodológicas para la estimación de las cuentas en VIH/SIDA, que deben ser conocidas, discutidas y adaptadas por los equipos nacionales. En esta fase es diseñada la estrategia de recolección de datos, los formularios y cuadros de vaciado se ajustan a la terminología y necesidades nacionales; se traza el plan inicial de análisis; se programan las actividades y los recursos que demanda la ejecución del estudio.

3. Recolección de Datos:

Las organizaciones no comparten fácilmente las cifras de ingresos y gastos. Por ello, las fases previas son importantes para el éxito en ésta. La fase de recolección planteará desafíos y exigirá algunos cuidados en la inducción del personal, el contacto con las instituciones, la verificación concurrente de los datos colectados y la identificación de rutas alternas o fuentes sustitutivas a las previstas en el protocolo.

4. Procesamiento de Datos:

La organización de la información recolectada, de acuerdo con las matrices de cuentas nacionales, puede realizarse en programas computacionales de plantillas electrónicas o utilizando software especialmente diseñado para cuentas nacionales de salud. El ingreso de estos datos debe permitir identificar vacíos, inconsistencias o riesgos de duplicidad. Búsquedas de datos pueden surgir en esta etapa, y también las necesidades y opciones metodológicas para estimar las cifras que no se obtuvieron durante la recolección.

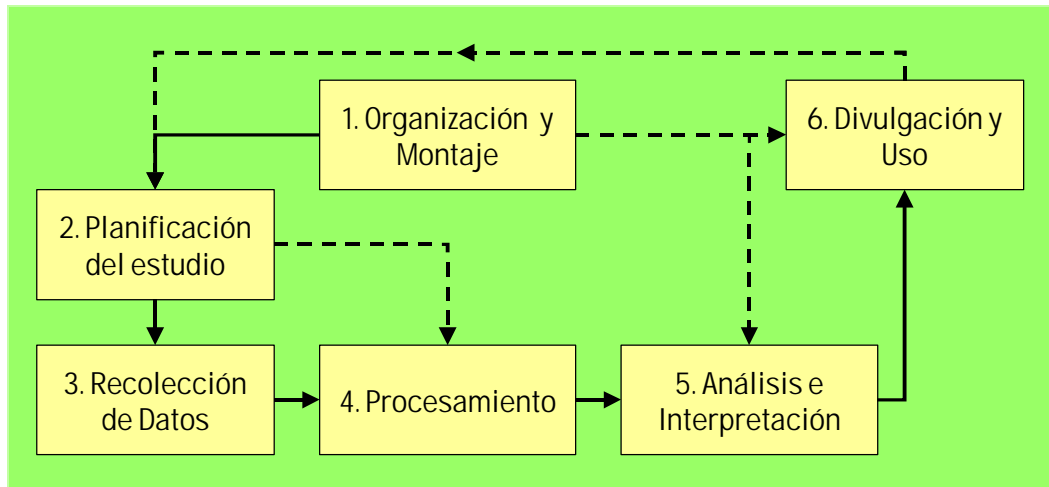
5. Análisis e Interpretación:

En esta fase se realizan las estimaciones necesarias para completar y cuadrar los flujos de financiamiento y gasto. Se calculan los indicadores que relacionan el gasto en VIH/SIDA con otras cifras como el gasto nacional de salud, el número de habitantes del país, o las personas viviendo con VIH/SIDA. Además, se interpretan los resultados en el marco de la situación epidemiológica del SIDA en país, las condiciones del sistema de servicios de salud y las expectativas financieras del país y el sector. La discusión y las conclusiones del estudio emergen en esta fase.

6. Divulgación y Uso de la Información:

Esta fase se destina a la redacción del informe del estudio y otras piezas de comunicación destinadas a la diseminación de los resultados, y a promover su aplicación por parte de los formuladores de política y tomadores de decisión con capacidad de influencia en el nivel y la distribución de los recursos para afrontar el VIH/SIDA. Incluye los esfuerzos para convertir los resultados en material utilizable por los tomadores de decisiones, en atención a los problemas, las políticas y temas relevantes.

ILUSTR. 3 FASES DE LA ESTIMACIÓN DEL GASTO NACIONAL EN RESPUESTA AL VIH/SIDA



La ilustración destaca que, además de la relación secuencial entre pasos (indicada por las líneas sólidas), el momento de despegue del estudio, basado en la convocatoria a entidades que participan en la determinación y ejecución de los flujos financieros, es una fase vital para el análisis e interpretación de datos y para la divulgación y uso de la información (indicado por las líneas punteadas). Las dos últimas fases del estudio son oportunidades para convertir la información organizada en prioridades de acción para la movilización de recursos y para mejorar su distribución y ejecución. Esto se puede lograr si se involucran tempranamente en el estudio aquellas entidades que podrían actuar para aumentar el volumen, la eficiencia y la equidad del financiamiento en respuesta al VIH/SIDA. Además, la ejecución de un primer estudio deja algunas lecciones e intereses que pueden aplicarse a la planificación de siguientes ediciones de la estimación.

Apéndice 1. Antecedentes de las Cuentas en Salud

Cuentas Nacionales y Cuentas en Salud

La información –completa y confiable- sobre gasto en salud se ha vuelto importante para los analistas de política de salud. La medición precisa de las tendencias de gasto es necesaria para analizar la efectividad de la intervención fiscal y la evolución del sistema.

¹⁶ En muchas naciones, por el crecimiento del financiamiento privado y la prestación privada de servicios de atención se ha generado una demanda de información confiable sobre la actividad del sector privado, información que usualmente no está disponible en los datos de fuentes gubernamentales. De hecho, incluso la integración de todos los gastos públicos en salud resulta difícil en algunos países. Lo que se necesita es un formato sistemático para estimar y presentar información sobre los gastos de salud del país. Un formato de esta naturaleza, que utiliza datos de diversas fuentes para verificación cruzada de la validez de cada cual y de las estimaciones de gasto resultantes, se denomina Cuentas Nacionales de Salud (CNS). Varios proyectos del Banco Mundial, o bien incluyen un componente para desarrollar una estimación de CNS o tienen tal desarrollo como condición para el desembolso de un préstamo.

El Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) es un punto de partida lógico para desarrollar las CNS. Así como las CNS proveen un marco para captar y presentar información sobre el sector salud, así el SCN provee un marco para la medición del producto interno bruto (PIB). Al hacerlo, el SCN establece definiciones de actores, límites y valoraciones que son importantes para las CNS.

Está vigente la versión 1993 del SCN. En esta versión, se acepta que el enfoque global puede ser insuficiente para capturar toda la información que se necesita en comparaciones entre países. Por ello, admite y alienta el desarrollo de *cuentas satélite*, que “atienden la necesidad de extender la capacidad analítica de las cuentas nacionales para áreas seleccionadas de interés social, de una manera flexible, sin sobrecargar ni desviar el sistema central”.¹⁷

El uso de las prácticas y convenciones de la contabilidad social para las CNS puede significar una mayor precisión en los resultados. La técnica de duplicar la medición, realizando la estimación desde dos perspectivas diferentes (por ejemplo, de proveedores

y consumidores) para luego reconciliarlas, se encuentra entre lo mejor de estas prácticas. Sin embargo, lo que distingue las CNS de otras presentaciones de información es que las CNS utilizan matrices para estimar y mostrar el origen y destino de los recursos. El SCN utiliza una presentación de cuenta-T, mostrando cifras consolidadas. Una cuenta-T ilustrativa se muestra en la tabla 1.4. La cuenta-T es un útil resumen del sector salud, pero no logra mostrar aspectos importantes de la estructura del sector. Una presentación más útil se muestra como una matriz, en la tabla 1.5. La presentación matricial comparte más información sobre el sector y configura un marco conveniente para también estimar las entradas.

TABLA 1.4. Presentación Hipotética de CNS utilizando cuenta-T

Ingreso		Gasto	
Instituciones	300	Gobierno	200
Médicos	200	Aseguradoras	200
Farmacias	50	Pacientes	150
	550		550

TABLA 1.5. Presentación Matricial Hipotética de CNS

	Total	Gobierno	Aseguradoras	Pacientes
Total	550	200	200	150
Instituciones	300	100	150	50
Médicos	200	100	50	50
Farmacias	50	0	0	50

Dado que las matrices son aspectos centrales para la estimación de CNS, debe comprenderse con claridad los términos utilizados. Las matrices muestran dos dimensiones: en el ejemplo anterior, una dimensión eran los proveedores (filas 3, 4 y 5) y otra dimensión eran las fuentes de recursos (columnas 3, 4 y 5). La matriz está compuesta de celdas, que muestran el cruce entre las dos dimensiones (filas y columnas), por ejemplo, en la tabla 1.5, la celda donde intersecta la columna de

aseguradoras y la fila de médicos, indica que estos recibieron de las aseguradoras 50 unidades monetarias en el período bajo análisis. Cada fila y cada columna tienen un total parcial; ambos convergen a una celda de gran total, que es el toque de prueba de la corrección de la matriz.

En las cuentas nacionales de salud, el primer paso consiste en identificar las dimensiones del sistema que son de interés para formuladores y analistas de política. Las dimensiones pueden incluir:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| ⌘ Servicios o bienes | ⌘ Pagadores/ Agentes financieros |
| ⌘ Proveedores | ⌘ Fuentes de ingreso del Agente |
| ⌘ Insumos / factores | ⌘ Regiones geográficas |
| ⌘ Características de usuarios | ⌘ Y otras más |

El enfoque de Harvard¹⁸

Por muchos años se ha propuesto una variedad de guías y formatos para recolectar datos sobre gasto nacional en salud, en los sectores público y privado.¹⁹ Algunos sugieren que esta información sea recolectada como una extensión de la contabilidad nacional.²⁰ Otros proponen usar elementos de la contabilidad del ingreso nacional con el fin de preservar la compatibilidad mientras se estén preparando estimaciones separadas para el sector de la salud a ser usadas en el diseño de política.²¹ La mayoría de los autores están de acuerdo en que un grupo estándar de definiciones de actividades de salud y de categorías de gastos para los diferentes países incrementaría la utilidad de la información para los formuladores y analistas de política nacionales tanto como internacionales.

Peter A. Berman, PhD, profesor asociado de economía internacional en salud, en la Escuela de Salud Pública de Harvard, desarrolló una metodología para la estimación de las cuentas nacionales en salud, con el apoyo de los proyectos Data for Decision Making y Partnership for Health Reform, ambos auspiciados por la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional. El Dr. Berman tuvo oportunidad de poner en aplicación la metodología en Egipto, Bolivia, Ecuador, Perú, República Dominicana, Nicaragua, El Salvador y Guatemala. A partir de esas experiencias, con el apoyo antes indicado, y en

coautoría con David M. Cooper, desarrolló un programa computacional para registrar y organizar los datos de las CNS.

El sistema propuesto no posee deficiones y categorías estándares; éstas deben ser determinadas a través de una combinación de consenso y debate nacional e internacional. El programa provee, sin embargo, un sistema analítico que consiste de tres elementos esenciales:

- ⌘ Requiere el cálculo y la presentación de estimaciones nacionales a través de una matriz de fuentes y usos;
- ⌘ Permite la desagregación extensiva de las fuentes de gastos más allá de la categoría general de “pública” y “privada”;
- ⌘ Entrega un marco sistemático para definir los usos de acuerdo con varias clasificaciones importantes y que son mutuamente excluyentes.

El enfoque de las matrices requiere que todos los gastos estimados por las distintas fuentes sean asignados a usos específicos, por ejemplo, todos los gastos en hospitales gubernamentales deben ser atribuibles a fuentes específicas. Los totales y subtotaes deben sumar y ser consistentes.

La necesidad de conocer en una forma integrada quién paga, cuánto, y para qué, en vez de simplemente separar el quién de qué, conduce a analizar el flujo de los fondos a través del sistema de atención de la salud. Para tales fines se introduce una categoría intermedia, “agentes financieros”, que tiene en cuenta la división entre la financiación y la provisión de servicios. Los cuadros del flujo de fondos permiten al usuario examinar a simple vista las distribuciones de financiamiento y la provisión en sistemas de salud.

El sistema de CNS propuesto consta de cinco matrices:

- ⌘ De las fuentes a los agentes financieros
- ⌘ De los agentes financieros a los proveedores
- ⌘ De agentes financieros a funciones específicas
- ⌘ De agentes financieros a tipos de gasto
- ⌘ De agentes financieros a regiones, provincias o grupos humanos

El Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE

Los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) aportan información sobre gastos en salud al “Archivo de Datos en Salud”, donde un conjunto de datos disponibles en los países son ajustados para integrar los gastos nacionales en imágenes comparativas a escala internacional. Por la dispersión entre clasificaciones, por mucho tiempo se concentró el esfuerzo en unos cuantos agregados que sintetizaran la situación y fueran compatibles para un análisis cruzado:

- ⌘ Gasto total en Salud
- ⌘ Gasto Público en Salud
- ⌘ Gasto Total y Público en Atención Hospitalaria
- ⌘ Gasto Total y Público en Servicios Médicos Ambulatorios
- ⌘ Gasto Total y Público en Productos Farmacéuticos
- ⌘ Gasto Público en Bienes de Capital para el Cuidado Médico

Adicionalmente, se calculaban índices de precios, índices de anteición y servicios, ambos conjuntos de índices con propósitos de ajuste a la comparación internacional. También se exploró la preparación de indicadores de protección social (cobertura de diferentes costos), la utilización de servicios médicos y la disponibilidad de recurso humano, así como datos básicos de corte demográfico, económico y epidemiológico.²²

A principios de 2000, la OCDE publicó en Internet la versión beta del “Sistema de Cuentas en Salud”, el cual persigue generar un conjunto de categorías que:

- ⌘ Guarden compatibilidad con las reglas contables y clasificaciones del Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN93) y otras convenciones / estándares de clasificación adoptados y promovidos por el Sistema de Naciones Unidas;
- ⌘ Adquieran vigencia en los países constituyentes de la OCDE, y previsiblemente, se incorporen a los estándares nacionales de países en desarrollo que tengan la capacidad de producir y mantener periódicamente las cifras de gasto público y total.

Por ello, el manual publicado provee “un conjunto integral, consistente y flexible de cuentas. Establece una base conceptual de reglas de reporte estadístico y propone una innovadora *Clasificación Internacional de Cuentas de Salud* (ICHA [por sus siglas en

inglés]) la cual cubre tres dimensiones: atención de salud por funciones de atención; proveedores de servicios de atención en salud; y fuentes de financiamiento”.²³ Estos tres ejes dan origen a clasificaciones correspondientes (que han sido adaptadas en esta guía para su aplicación específica en VIH/SIDA) dentro de la clasificación internacional (ICHA) y que definen:

- ⌘ Atención de Salud por Función (ICHA-HC);
- ⌘ Industria proveedora de servicios de atención (ICHA-HP);
- ⌘ Fuentes de financiamiento de la atención en salud (ICHA-HF).

Las CNS, en el estándar propuesto por OCDE, tratan de responder tres preguntas:

- ⌘ De dónde provienen el dinero (fuentes de financiamiento)
- ⌘ A dónde va el dinero (proveedores de servicios y bienes de salud)
- ⌘ Qué clase de servicios (definidos por función) son ejecutados y qué tipos de bienes son comprados

Como puede apreciarse, los “agentes financieros” o “fondos” del enfoque de Harvard, no aparecen en el Sistema de Cuentas en Salud de la OCDE, y las entidades consideradas generalmente intermediarias, son a menudo incluidas como fuentes de financiamiento en el manual. Esta diferencia es explicable utilizando la tipología de sistemas de salud presentada antes en esta introducción. La mayoría de países europeos presentan una diversidad de funciones y proveedores que se alimentan de un número limitado de “pagadores” o agentes financieros. Estados Unidos (y muchos países latinoamericanos) tienen una excesiva dispersión en compradores de servicios, tanto fuentes originarias de los fondos como intermediarios financieros; a esto se ha llamado sistema pluralista. Por ello se enfatiza en separar las entidades de salud en funciones de financiamiento (agentes) y provisión (proveedores).

Sin embargo, varios países latinoamericanos, aunque tienen una multiplicidad de agentes financieros, frecuentemente tienen traslape institucional entre las funciones de financiamiento y provisión, es decir, tales funciones no se han convertido en una forma de especialización organizativa.

Cuentas en Salud de las OMS: CNS-2000

La Organización Mundial de la Salud publicó recientemente, en su sitio en la Malla Mundial, un reporte para discusión donde presenta las estimaciones de Cuentas Nacionales de Salud 1997, para 191 países del mundo.²⁴ Se menciona en el informe que solamente una décima parte de los países afiliados a OMS poseen un suministro recurrente de cifras financieras en salud. Para acelerar la apropiación e institucionalización de las CNS en el resto de países del mundo que carecen de una herramienta para monitorear el gasto y financiamiento en salud, la OMS está proveyendo un set básico de indicadores de CNS para los 191 países miembros, denominada CNS-2000.

Entre los resultados más notables de la estimación 1997 se encuentra la brecha mundial del gasto en salud: el 15% de la población mundial –que habita en países de ingreso elevado- gasta el 75% del gasto global en salud.

La noción de “gasto en salud”, en este informe, es equivalente a la suma de los consumos e inversiones en bienes y servicios de salud. La estimación de CNS depende de una identidad muy conocida:

Valor = Cantidad (volumen) * Precio; es decir: $V = Q * P$

El valor representa el gasto total ejercido; la cantidad representa una lista de todos los tipos de servicios o bienes, en la cantidad en que han sido proveídos a los usuarios finales; el precio representa una lista de los tipos de bienes o servicios, al precio que son proveídos por los diferentes tipos institucionales de proveedor.

El **gasto público en salud** se refiere a gastos por los que paga una entidad de gobierno, sea esta central/federal, regional/estatal/provincial, local/municipal e instituciones de seguridad social con afiliación obligatoria para un segmento de población determinado. También se incluye un nivel supranacional, para considerar flujos de, por ejemplo, la Unión Europea, hacia los sistemas de salud de Irlanda o Grecia. Los flujos de recursos externos, importantes para muchos países, fueron contabilizados dentro del gasto público o no gubernamental. También se incluyeron los subsidios a proveedores o las transferencias de gobierno a los hogares, por reembolso de gastos médicos.

El **gasto privado en salud** integra los pagos de empresas para la atención de sus empleados, gastos de las instituciones sin ánimo de lucro que atienden hogares, de las organizaciones no gubernamentales y de los hogares mismos. El componente más voluminoso del gasto privado en países de ingreso mediano y bajo fue el gasto directo de bolsillo, el cual se obtiene con frecuencia como diferencia: entre el consumo privado total en bienes y servicios médicos menos los seguros privados de salud.

Entre varias expectativas que CNS-2000 ha generado, se cuenta el interés de los países latinoamericanos por tener una participación más activa en el proceso de estimación. A tales efectos, se han desarrollado actividades de capacitación en alianza con organizaciones de esta región hemisférica y existe el propósito de generar materiales técnicos para la adaptación de las categorías de CNS-2000, que se basan en las de OECD, a las características de los sistemas contables nacionales y de salud en América Latina.

Las guías en VIH/SIDA aprovechan las experiencias previas y los trabajos que, desde la frontera de estos desarrollos, han sido auspiciados por OECD y OMS, dado que tienden a convertirse en estándares internacionales y por ello pueden ser apropiados e institucionalizados por los países con suficiente anticipación.

Referencias y Notas

¹ WHO/PAHO/UNAIDS, 2000. AIDS Surveillance in the Americas. Biannual Report. WHO/PAHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. May, 2000.

² GONZALES, E, 1998. **Implicaciones económicas de la epidemia del VIH/SIDA y racionalidad económica para la prevención.** En: El SIDA en México: Oportunidades de la Sociedad Civil para disminuir su impacto. Cuadernos FUNSALUD No. 30. México: FUNSALUD, 1998. Pp. 97-114.

³ UNAIDS, 2000. The business response to HIV/AIDS. Impact and lessons learned. UNAIDS. The Prince of Wales Business Leaders Forum and Global Council on HIV and AIDS. Geneva and London, 2000.

⁴ UNAIDS/WHO, 1999. AIDS epidemic update December 1999. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). World Health Organisation (WHO), Geneva, 1999.

⁵ IZAZOLA, JA, 1998. **Una actualización sobre el conocimiento acumulado sobre el VIH/SIDA: Visión de conjunto.** En: El SIDA en México: Oportunidades de la Sociedad Civil para disminuir su impacto. Cuadernos FUNSALUD No. 30. México: FUNSALUD, 1998.

⁶ AVILA FIGUEROA C, 1998. **La epidemia del VIH/SIDA en el contexto de las reformas del sector salud en América Latina.** En: El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria. JA Izazola-Licea, editor. FUNSALUD/SIDALAC, ONUSIDA, 1998.

⁷ SAAVEDRA J, **Economía y SIDA en América Latina.** En: El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria. JA Izazola-Licea, editor. FUNSALUD/SIDALAC, ONUSIDA, 1998.

⁸ UNAIDS/WHO. Level and flow of national and international resources for the response to HIV/AIDS, 1996-1997. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). World Health Organisation (WHO), Geneva, 1999.

⁹ Entre otros, SODERLUND N et al.(1993) The cost of HIV prevention strategies in developing countries. Bulletin of WHO, 71 (5): 595-604. OVER M and KUTZIN J. The Direct and Indirect Costs of HIV Infection: Two African Case Studies. Postgraduate Doctor Middle East 1990; SCITOVSKY A and RICE D. Estimates of the Direct and Indirect Costs of Acquired Immunodeficiency Syndrome in the United States, 1985, 1986 and 1991. Public Health Rep 1987; 102:5-17. GALIA S et al. The Epidemiologic, Social and Economic Impact of HIV/AIDS in three

Central American Countries: A Country-specific and Regional Analysis. XI International Conference on AIDS, Yokohama 1994.

¹⁰ Por ejemplo, GILSON L et al. Cost-effectiveness analysis of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. Lancet, 1997; 350(27):1805-1810. FOSTER S and BUVE A. Benefits of HIV screening of blood transfusions in Zambia. Lancet; 346:225-7. KAHN J. The cost-effectiveness of HIV prevention targeting: how much bang for the buck?. American Journal of Public Health; 86 (12):1709-12.

¹¹ Algunas de estas metodologías se incluyen en la página de “Best Practices” de ONUSIDA, en relación con el Análisis de la eficacia en función del costo y VIH/SIDA (actualizada a agosto de 1998). Entre ellas, KUMARANAYAKE et al (1998) Costing Guidelines for HIV/AIDS prevention strategies. Programa de Economía y Financiación de la Salud, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. SCITOWSKY A and OVER M (1998) AIDS: cost of care in the developed and developing world. AIDS; 2(suppl 1):S71-S81. HOLTGRAVE DR et al (1996). Economic evaluation of HIV prevention programs. Annual Review of Public Health; 17:467-88. SIMPSON KN (1995) Design and assessment of cost-effectiveness studies in AIDS populations. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology. 10(suppl 4): 528-532.

¹² MURRAY, JL EVANS DB ACHARYA A and BALTUSSEN RBPM. Development of WHO Guidelines on Generalised Cost-Effectiveness Analysis.

¹³ WHO, 1993. Evaluation of recent changes in the financing of health services: Report of a WHO study group. WHO technical report series: 829. Geneva, 1993.

¹⁴ Se ha completado una primera estimación en Uruguay, México, Brasil y Guatemala; está en proceso en Honduras, República Dominicana y Perú. En los próximos meses iniciará en otros diez países de la región latinoamericana.

¹⁵ Las clasificaciones de fuentes, proveedores y funciones, de acuerdo con el Manual del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud de la Unidad de Política de Salud de la OECD, se presenta en el Módulo 1. Organización y Montaje.

¹⁶ Esta sección sigue de cerca el documento original de WALDO, DR (May, 1996): **Creating Health Accounts for Developed and Developing Countries**. Human Development Department. World Bank. Draft.

¹⁷ System of National Accounts 1993. 21.4

¹⁸ Esta sección se basa principalmente en BERMAN, PA y DM COOPER (1996) Manual del Usuario de Cuentas Nacionales de Salud. Data for Decision Making Project, Boston, MA: Harvard School of Public Health.

¹⁹ Entre ellos: ABEL-SMITH, B (1967). An International Study of Health Expenditure and Its Relevance for Health Planning. Health Paper No. 32. Geneva, World Health Organization. ZSCHOCK DK (1979) Health Care Financing in Developing Countries. Serie Monográfica No. 1. Washington DC: American Public Health Association. MACH EP y B ABEL-SMITH (1983) Planning the Finances of the Health Sector: A Manual for Developing Countries. Geneva, World Health Organization. FOULON A (1982) **Proposal for a Homogeneous Treatment of Health Expenditures in the National Health Accounts**. *The Review of Income and Wealth* 28:45-70.

²⁰ Reflejan esta opinión: ABEL-SMITH B (1993) Paying for Health Services: A Study of the Costs and Sources of Finance in Six Countries. Public Health Papers No. 17. Geneva: World Health Organization. CUMPER, GE; M CHIA y D TARANTOLA (1978) Expenditure on Health in Bangladesh, 1976. Annex 1. Geneva: World Health Organization.

²¹ Esta es la posición de Berman, como se aprecia en: RANNAN ELIYA, RP y PA BERMAN (1993) National Health Accounts in Developing Countries: Improving the Foundation. DDM Publication No. 2. Boston MA: Harvard School of Public Health. BERMAN PA (1996) National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications. Data for Decision Making Project and Partnership for Health Reform. Boston MA: Harvard School of Public Health.

²² Estos y otros desarrollos (como la relación entre gasto y resultados del sistema, así como la satisfacción del usuario como función del gasto en salud) fueron descritos en BERMAN, PA y DM COOPER (1996) Manual del Usuario de Cuentas Nacionales de Salud. Data for Decision Making Project, Boston, MA: Harvard School of Public Health.

²³ OECD (2000). A System of Health Accounts for International Data Collection. Version 1.0. Beta version for publication and pilot implementations. Draft, 28-1-2000. Geneva: OECD Health Policy Unit.

²⁴ POULLIER J-P y P HERNANDEZ (2000). Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997. GPE Discussion Paper Series: No. 27. EIP/GPE/FAR, Geneva: World Health Organization.

Módulo 1

Organización y Montaje



Objetivos del Módulo:

El equipo nacional de CNS-SIDA, al terminar la utilización del Módulo Técnico de Organización y Montaje, estará en capacidad de:

- ✘ Definir las categorías básicas del financiamiento de salud en el país;
- ✘ Identificar los actores clave para estudiar el financiamiento y gasto en VIH/SIDA;
- ✘ Promover la integración de un equipo multiinstitucional en apoyo al estudio.

Introducción

Los estudios sobre financiamiento en salud utilizan fuentes de información diversas. Utilizan más fuentes de datos, cuanto más variado es el mosaico de instituciones que compone el sector salud –y en especial, el conjunto de las que desarrollan acciones de salud para afrontar el VIH/SIDA.

Será menor el número de fuentes de consulta cuando existan centros de acopio de datos financieros. Por ejemplo: informes de ejecución del presupuesto público de instituciones de salud, reportes de las agencias de cooperación sobre los fondos transferidos o asignados a entidades no gubernamentales, encuestas nacionales de gastos en salud; reportes de las aseguradoras a la entidad contralora del sistema financiero; anuarios de comercio exterior (que registran importaciones de insumos). Las publicaciones deben ser revisadas, para determinar, hasta donde sea posible, si los datos están completos y son veraces.

El esfuerzo necesario para integrar los flujos de financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA dependerá del acceso a información del equipo de investigación. Muchos informes de ejecución financiera carecen de desglose por programas y acciones de salud

(para identificar los gastos en respuesta al VIH/SIDA). En algunos países, los gastos públicos de unidades descentralizadas suelen reportarse en cifras globales. Otro caso es el gasto en prevención y tratamiento de SIDA entre población uniformada, que puede ser información mantenida en reserva por “razones de seguridad”. Por ello, es conveniente efectuar un sondeo de la pertinencia, la factibilidad y la viabilidad de la ejecución del estudio.

Los resultados del sondeo permitirán identificar una estrategia de ejecución que optimice las oportunidades y sortee los obstáculos. Para ganar viabilidad, es importante convocar e integrar un grupo de apoyo al estudio, con variada representación institucional.

Al preparar la lista de potenciales integrantes del equipo multiinstitucional, deben tomarse en cuenta las entidades que participan en el flujo de financiamiento, así como las que compilan datos sobre financiamiento en salud.

El equipo convocado también tiene otro papel importante. En su calidad de representantes institucionales, los miembros del equipo pueden conocer tempranamente los resultados, validar su plausibilidad e interpretarlos desde sus perspectivas y posiciones. El grupo interinstitucional constituirá un espacio fértil para la divulgación y la aplicación del conocimiento generado.

La reflexión de estos actores sobre la caracterización de los flujos de financiamiento y gasto puede contribuir al desarrollo de iniciativas y a la formulación de políticas para elevar el monto y mejorar la distribución de los fondos destinados a combatir la epidemia del VIH/SIDA.

Este módulo describe la fase de organización y montaje, planteando las disyuntivas y examinando los pasos que deben seguirse para llegar al diseño del estudio sobre una sólida plataforma organizativa.

Recuperación de Antecedentes

1.1

La información sobre el financiamiento y los gastos en VIH/SIDA alcanza una interpretación más completa si se relaciona con datos sobre el avance de la epidemia, el grado de preparación y respuesta del sistema de servicios y el gasto nacional en salud. La organización del estudio se beneficiará de una revisión de literatura que considere, en principio, estos campos:

- **La situación y las tendencias de la epidemia en el país.** Es importante conocer las cifras de incidencia, prevalencia y letalidad, así como las estimaciones de personas viviendo con VIH y SIDA en el país. Además de conocer la demanda general de servicios, implícita en esas cifras, es importante identificar la distribución geográfica de la epidemia y la composición social de los grupos humanos afectados. Esta información es útil durante la fase de organización y montaje para orientar la búsqueda de datos, así como para movilizar actores en apoyo al estudio. Además, los datos serán utilizados durante la interpretación de resultados, al comparar el monto y la distribución del gasto con las características del VIH/SIDA en el país (tabla 2.1).
- **La respuesta del sistema de salud ante la epidemia.** En muchos países de América Latina y el Caribe, el sistema de servicios de salud, que incluye a los establecimientos públicos, privados y no gubernamentales, ha tenido entre 15 y 20 años para desarrollar su capacidad de respuesta ante el VIH/SIDA. Sin embargo, no todos los sectores responden igual y no todos los servicios están al alcance de la gente. Para el montaje del estudio de financiamiento y gasto en VIH/SIDA, conviene identificar los estudios y evaluaciones existentes que informen sobre los servicios que se están prestando para la prevención y la atención a enfermos, el tipo de proveedor que los está ofreciendo y grupos humanos atendidos. Obviamente, el grupo de investigación querría identificar los proveedores con mayor volumen y cobertura de servicios, así como aquellos que proveen los servicios más costosos, porque ellos tendrán la mayor captación de recursos y la porción principal del gasto orientado a afrontar el VIH/SIDA (tabla 2.2). Además, es importante conocer si están documentados y protocolizados los

servicios que se prestan, pues esa información será de utilidad al comparar instituciones y al estimar el gasto con base en los costos de la atención. Las condiciones imperantes en el mercado de factores de la salud, como la importación de medicamentos (en particular, antirretrovirales) y reactivos de laboratorio, los aranceles médicos, programas de mercadeo social de condones, y otras condiciones que, como las mencionadas, tienen efectos sobre el gasto en respuesta al SIDA, deberán ser revisadas para el caso de cada país.

TABLA 2.1. Presentación de Datos para Análisis de la Epidemia.

Región	Casos Vivos	% de casos según vía de transmisión			
		Sexual, HT	Sexual HM	Sanguínea	Perinatal
Norte					
Este					
Oeste					
Sur					
País					

Referencias: **HT**= Heterosexual; **HM**= Homosexual.

Nota: Transmisión sanguínea incluye usuarios de drogas inyectables y usuarios de sangre y derivados.

TABLA 2.2. Presentación de Información sobre Actores Relevantes en la Respuesta al VIH/SIDA

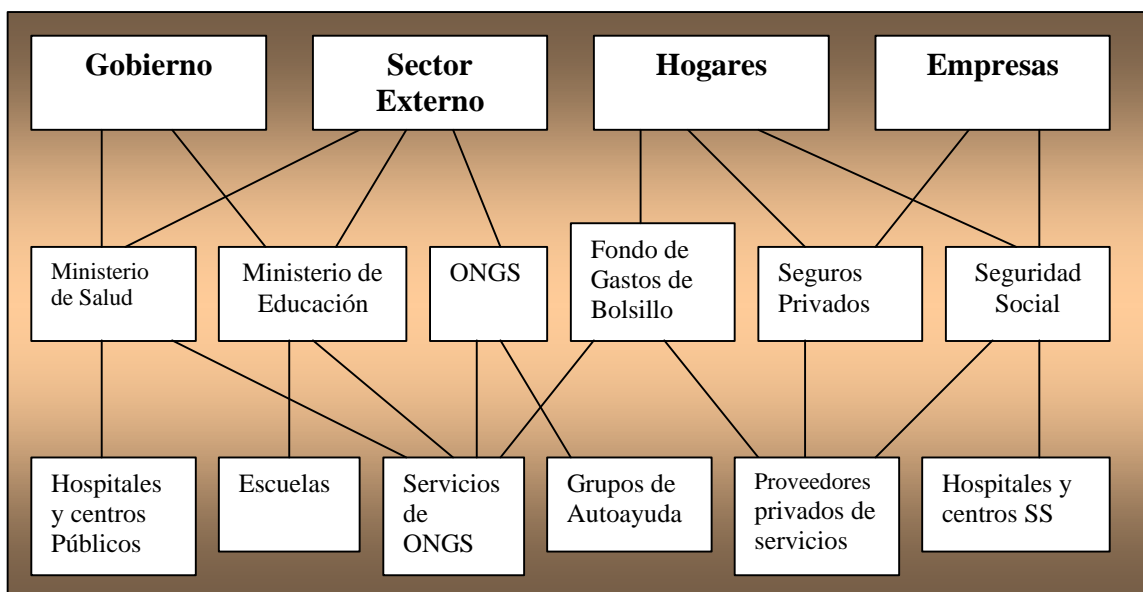
Entidades	Grupos que cubre	Actividades que realiza		
		IEC-Prevención	Tratamiento	Mitigación
Sector Público *				
Entidad A				
Entidad B				
Sector Privado Sin Fines de Lucro				
ONG C				
ONG D				
Sector Privado Lucrativo				
Aseguradora E				

Sanatorio F				
Sector Externo				
Agencia ODA				
Agencia NNUU				

**Aquí se incluirán las entidades de gobierno central, instituciones de seguridad social y otros organismos autónomos o descentralizados que participan en la respuesta al VIH/SIDA.*

- Las estimaciones de gasto nacional en salud.** Los países latinoamericanos cuentan con cifras estimativas del gasto nacional en salud, así como descripciones del flujo y los mecanismos de financiamiento desde el origen hasta el destino final de las asignaciones. Varios países han preparado Cuentas Nacionales de Salud; los reportes detallan cómo y cuánto dinero se capta para la salud, quién lo aporta, quién lo maneja y quiénes perciben los beneficios. Las reseñas metodológicas de estos estudios contienen orientaciones para la búsqueda de fuentes de información con el mayor volumen y la mejor calidad de datos. Con frecuencia, los estudios de cuentas nacionales describen los flujos existentes por medio de diagramas o tablas que indican entre qué entidades existen transferencias de recursos y señalan el mecanismo de traslado (Ilustr. 4).

Ilustr. 4. ESQUEMA DE FLUJOS DE FINANCIAMIENTO: FUENTES, AGENTES Y PROVEEDORES.



- Estudios de costos de servicios de salud en respuesta al VIH/SIDA.** Conviene indagar si en el país se han realizado estudios del costo de las

intervenciones para promover la salud, prevenir las enfermedades sexualmente transmitidas o atender a los enfermos de SIDA. Hay estudios sobre impacto socioeconómico, sobre costo-efectividad de las intervenciones, sobre diseños de canasta básica de servicios y otros estudios, de corte institucional, que se efectúan para evaluar la decisión de qué servicios y a cuánta población prestarlos. Estos estudios pueden ofrecer cifras de referencia para otras estimaciones. Por ejemplo, cuando no se conoce la composición del gasto, pero se sabe el número de servicios prestados. Cabe advertir que los costos estándar tienden a sobredimensionar el cálculo, pues calculan con supuestos de eficiencia elevada. Aunque en tal sentido los costos históricos son más confiables, con frecuencia son más bajos que lo esperado, por la cantidad de tratamientos que los pacientes no completan, y los que se entregan sin tener completo el conjunto de insumos. Otra consideración importante sobre la utilización de costos medios tiene que ver con la capacidad utilizada y ociosa de los establecimientos. Si se ha creado la capacidad instalada para atender VIH/SIDA, pero su utilización es baja, el costo promedio puede ser alto, pero el costo de atender un nuevo paciente (costo marginal) será mucho menor.

- **Calidad y accesibilidad de las fuentes documentales de información sobre gastos en salud.** En esta exploración inicial es importante tomar contacto con las fuentes documentales de información y verificar si el detalle de categorías que tienen es compatible con las necesidades de información para estimar los gastos en SIDA. Algunas áreas de la estimación presentan dificultades especiales; es importante verificar si existe alguna fuente documental de registro periódico o investigación puntual que disponga de información sobre estas áreas. Una calificación muy sencilla del registro, la calidad y la accesibilidad de los componentes de la estimación se presenta como ejemplo en la tabla 2.3.

TABLA 2.3. Ejemplo de Tabla de Identificación de Registros para los Componentes del Financiamiento en respuesta al VIH/SIDA

COMPONENTE	REGISTROS	CALIDAD	ACCESIBILIDAD
Financiamiento	Acuerdos de préstamo	-Exactitud	-Buena, en donaciones

COMPONENTE	REGISTROS	CALIDAD	ACCESIBILIDAD
externo	o donación: informes	-Poco detalle -Categorías simples	-Regular, préstamos -Mala, si el tema es confidencial para el deudor (FFAA).
Impuestos y otros recursos públicos	Informe de ejercicio presupuestario Memoria de Labores: Producción de Servicios	-Puede esconder transferencias -Muy agregado -No siempre disponible unidades descentralizadas	-Buena, a nivel central / federal y programas nacionales de SIDA -Regular, dependencias no de salud -Mala, en el caso de nivel estatal /provincial /municipal o local.
Contribuciones a seguridad Social	Informe de ejercicio presupuestario en atenciones de salud Informe de servicios prestados	-Mayor exactitud -Poco detalle -requiere búsquedas específicas -Datos concentrados a nivel central	-Buena a nivel agregado; -De regular a mala al buscar un nivel de detalle mayor.
Contribuciones a seguros privados de salud y prepagos	Informe de captación y accidentalidad	-Datos muy agregados -Poca información sobre usuarios	-Buena a nivel agregado; -Mala al buscar un nivel de detalle mayor.
Donaciones y contribuciones a OSFL	Informes de OSFL sobre sus ingresos (confidencial)	-Inexacta? -No describe usos -Muchas OSFL	-Es prohibido divulgar la información -Las OSFL se muestran reservadas ante requerimientos de información financiera
Gasto directo de bolsillo	Registros de importaciones (condones, ARV) y reportes de industria farmacéutica	-Peligro de doble contabilidad -Compra no es igual a consumo -Stock no es igual a consumo final	-Buena para importaciones; regular para industria farmacéutica. -Mala en pago a proveedores de

COMPONENTE	REGISTROS	CALIDAD	ACCESIBILIDAD
			servicios.

Todas las fuentes primarias de datos que puedan identificarse son importantes y deberán someterse al tamiz de accesibilidad y calidad. Adicionalmente, existen numerosas publicaciones con información financiera y estadística en la Malla Mundial, en particular algunos sitios contienen reportes de muchos países (una lista de estos sitios se incluye en el apartado de Lecturas Recomendadas, al final del módulo).

1.2

Identificación de Actores Clave

La revisión de literatura contribuirá a responder, entre otras interrogantes, las siguientes:

- ¿En qué zonas geográficas y grupos humanos puede existir concentración del problema de VIH/SIDA?
- ¿Cuáles instituciones y establecimientos tienen participación importante en la administración de recursos y la prestación de servicios dirigidos a combatir la epidemia del SIDA?
- ¿Qué mecanismos de captación de recursos suelen emplear los agentes financieros y los proveedores de servicios de salud?
- ¿Cuál es la participación del gobierno, la cooperación externa, las empresas y los hogares en el traslado de recursos hacia las entidades de servicio que promueven la prevención o que atienden a enfermos de SIDA?

La búsqueda de respuestas ayudará a decidir hacia dónde enfocar la atención del equipo de investigación; debe tratarse que la inversión para conseguir los datos sea proporcional a la importancia de la entidad dentro del gasto total.

La identificación de actores clave no tomará en cuenta solamente a los que participan como fuentes de financiamiento o proveedores de servicios; otros actores clave para el estudio son aquellos que:

- **Controlan el acceso a las fuentes de información:** Banca Central, Instituto de Estadística, Ministerio de Hacienda (o Finanzas Públicas), Unidad Financiera del Ministerio o Secretaría de Salud, entre otros.

- **Pueden contribuir a la validación, el análisis y la interpretación de los datos:** Además de los anteriores, cabe agregar aquí: Investigadores, analistas de política de salud, funcionarios del programa nacional de ITS/VIH/SIDA, representantes de organizaciones que prestan servicios de prevención o atención a enfermos de SIDA (Ilustr. 5).

Ilustr. 5. TIPOS DE ACTORES CLAVE QUE PUEDEN IDENTIFICARSE EN CADA PAÍS

Actores Institucionales que asignan fondos para enfrentar el SIDA	Proveedores de Servicios de Salud asociados /grandes	Actores que representan a usuarios y redes de apoyo social
Actores que fiscalizan el gasto público y de entidades no lucrativas	Actores que controlan el ingreso de fondos externos	Actores que investigan gasto público, gasto en salud, impacto del SIDA, etc.

1.3

Caracterización de Flujos Financieros

Esta primera fase, de organización y montaje, sigue el propósito de reducir las dificultades en el acceso a información, al considerar las entidades y sus relaciones, a lo largo del flujo de recursos para afrontar el VIH/SIDA.

Por ello, se recomienda trazar un cuadro aproximativo de los flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. El punto de partida es identificar las fuentes de financiamiento para VIH/SIDA en el país (tabla 2.4). El cuadro tiene una clasificación genérica, de acuerdo con el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud de la OECD; sin embargo, debe llenarse –con la información disponible- la columna a la derecha, con los nombres de las entidades en el país. Algunas de estas entidades son institucionales y ello significa que en sus registros administrativos y contables podría encontrarse información sobre los desembolsos que han realizado. Otras tipo de entidades institucionales, ofrecerán la dificultad de ser muy numerosas; habrá que determinar si existe alguna representación colectiva de estas organizaciones o bien, si el financiamiento se distribuye en ese grupo bajo la proporción 20%-80%, donde el 20% de las organizaciones ejerza el 80% o más

del aporte de este tipo de fuente; esta distribución no es infrecuente, y permite orientar la inversión de esfuerzos a donde son mayores los resultados.

Los programas de control de infecciones sexualmente transmisibles y SIDA, en cada vez más países, han establecido esquemas de coordinación donde participan organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales que desarrollan acciones frente al SIDA. En este caso será sencillo obtener la lista de entidades, e identificar vacíos de información sobre algún tipo de entidad no representado. A tales fines, conviene vaciar la lista de organizaciones en lucha contra el SIDA en la matriz de clasificación de industrias de provisión de servicios de salud basada en el Sistema Cuentas Nacionales de Salud de la OECD (tabla 2.5).

Este primer boceto ayudará a la organización del estudio, sugiriendo esquemas de división del trabajo, y el tipo de registros institucionales (fuentes de información) sobre el origen, destino y mecanismos de las transferencias monetarias entre fuentes y proveedores de servicios.

TABLA 2.4. Fuentes de financiamiento para afrontar el VIH/SIDA

TIPO DE FUENTE	ENTIDADES
Fuentes Públicas	
Gobierno Central	
Gobiernos Estatales y Municipales	
Fondos de Seguridad Social	
Fuentes Privadas	
Fondos de Seguridad Social privada	
Seguros privados de salud (si cubren gastos en SIDA)	
Organizaciones sin fines de lucro	
Hogares (gasto directo de bolsillo)	
Empresas (no de salud)	
Fuentes Externas	
Organismos Multilaterales	
Organismos Bilaterales	
Entidades Privadas	

TABLA 2.5. Identificación de Proveedores de Servicios en VIH/SIDA

TIPO DE PROVEEDOR	ENTIDAD
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD PERSONAL	
Proveedores de servicios terapéuticos:	
Hospitales,	
Centros de atención ambulatoria,	
Consultorios (médicos, dentales o psicológicos),	
Proveedores alternativos	
Proveedores de servicios auxiliares:	
Laboratorios y centros de diagnóstico	
Otros proveedores de servicios auxiliares	
Proveedores de bienes personales:	
Farmacias	
Otros proveedores de servicios médicos (incluyendo aparatos ortopédicos y otro equipo duradero de uso personal)	
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA	
Programas de control de ITS/VIH/SIDA:	
Proveedores de servicios de promoción y prevención	
PROVEEDORES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD	
Entidades de seguridad social	
Otros seguros sociales	
Seguros privados de salud (siempre que cubran VIH/SIDA)	

Siguiendo un enfoque estratégico de planeación, puede anticiparse rutas alternas para integrar los datos, pero esto requiere una caracterización de los mecanismos de traslado de fondos de un actor a otro:

- **Relaciones** entre actores públicos y privados, nacionales y externos. Ejemplo: de fuentes externas a agentes públicos, de fuentes privadas a agentes privados,

de fuentes públicas a agentes privados; de agentes privados a proveedores públicos, y otros.

- **Mecanismos** de traslado de recursos: Transacciones o transferencias, a favor propio o de terceros, prepagado o directo, compulsivo o voluntario. Por ejemplo: asignaciones de presupuesto público, donaciones, aranceles, pago directo de bolsillo, primas de seguro, reembolso de gastos, y otros.

La caracterización de los flujos puede realizarse en forma de tabla o de gráfico; muchas veces ambas presentaciones son útiles. Se recomienda principiar elaborando una tabla que indique las fuentes y los proveedores, así como las transacciones* que permiten el traslado de recursos (tabla 2.6).

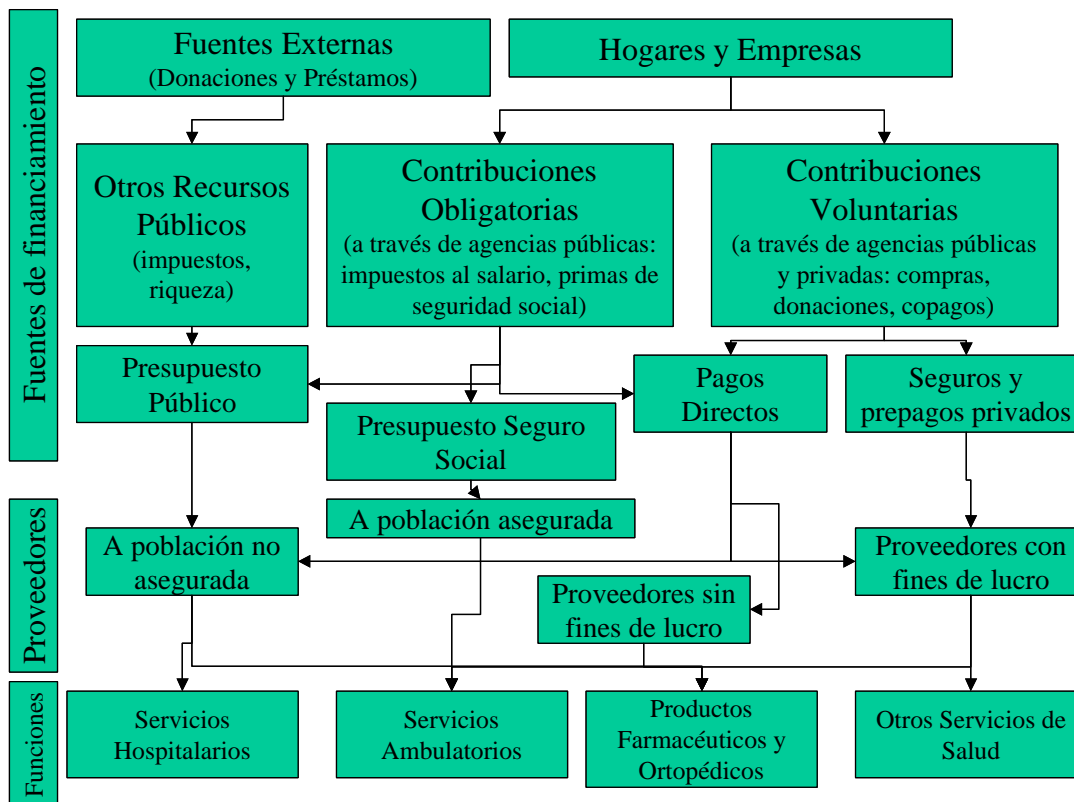
TABLA 2.6. Ejemplo de tabla de presentación de transacciones entre fuentes de financiamiento y proveedores de servicios

Fuente	Proveedor	Transacción

La ilustración siguiente, tomada de Poullier J-P y P Hernández (OMS, 2000), presenta un esquema de los flujos financieros en un sistema de salud, que puede adaptarse al financiamiento destinado hacia VIH/SIDA.

* Una descripción sobre mecanismos de financiamiento se presenta en la Introducción a esta guía. Ver tabla 1.2 y el apartado “Flujos de Financiamiento y Gasto en Salud”. Pp. 11-12.

Ilustr. 6. PRINCIPALES FLUJOS DE FINANCIAMIENTO HACIA LA SALUD (EJEMPLO)



Aunque parezca fácil esquematizarlos, algunos componentes son difíciles de cuantificar: el gasto de bolsillo de los hogares, los recursos captados por proveedores lucrativos y el gasto descentralizado (especialmente elusivo en las repúblicas federativas). Al final de la guía se incluye un apéndice sobre estas áreas de mayor complejidad.

1.4

Sondeo de interés de los Actores

Se enfrentan grandes dificultades en la estimación de gastos en VIH/SIDA, cuando no se involucra desde el principio a los actores clave identificados en el paso 2. Estos actores le prestan viabilidad y factibilidad al estudio, y contribuyen en la interpretación y aplicación de los resultados. Los antecedentes, preparados como argumentación técnica con implicaciones de política, pueden servir para interesar y movilizar actores que faciliten el acceso a fuentes de información; actores que nos interesan como usuarios de

los resultados del estudio, y actores que pueden movilizar recursos (humanos, logísticos, financieros) para ejecutar el estudio y para diseminar sus resultados.

- ⌘ Las **autoridades de salud** deben conocer el proyecto del estudio, el propósito que anima este esfuerzo, los productos que se esperan, la contribución que pueden hacer las instituciones y el respaldo que se solicita del nivel de dirección.
- ⌘ Los representantes de **agencias de financiamiento externo**, que hacen aportes técnicos y financieros en la lucha contra el SIDA, deben también ser informados y estimulados para apoyar la iniciativa. Estos actores cumplen varios papeles, porque tienen registros de los recursos transferidos, son usuarios de este tipo de información y además, pueden colaborar técnica o financieramente al propio estudio de Cuentas de Salud en VIH/SIDA.
- ⌘ Las coordinadoras de ONG y sectores de lucha contra el SIDA, los grupos temáticos de país, y otros **espacios de coordinación**, pueden favorecer la comunicación de esta iniciativa y apoyarnos para obtener respaldo de otras instituciones. Existe en ocasiones cierto recelo de las organizaciones sin fines de lucro y la práctica privada, que limita el traspaso de información, especialmente si estará en manos del sector público. Por ello, es conveniente que en estos foros se logren resolver dudas y establecer garantías de un uso correcto y reservado de la información que se solicita. El grupo promotor del estudio puede presentar un borrador de la hoja de consentimiento informado que en su momento firmarían los personeros de las entidades, donde se les aclara la información que habrán de proporcionar y se establecen los límites y las garantías de confidencialidad en el uso de los nombres de las entidades dentro de los reportes parciales y finales del estudio.

Estas visitas exploratorias, también deberían permitirnos promocionar y escoger el momento más oportuno para la realización de un encuentro multiinstitucional, en el cual se realice el lanzamiento formal del estudio.

Lanzamiento del estudio

1.5

Después de sondear el interés de los actores identificados, por medio de entrevistas, reuniones, y otros medios, se recomienda convocar a los actores clave y presentarles los objetivos del estudio, su alcance, los requerimientos de apoyo de las instituciones, la importancia de que cada sector tenga representantes nombrados para facilitar el acceso a datos y participar en actividades de interpretación de datos. Esta actividad se beneficiaría de contar con el respaldo y la presencia de autoridades de salud y representantes de agencias internacionales, proveedores públicos y privados de servicios, organizaciones y grupos de autoayuda, entre otros.

Desde la misma convocatoria a la reunión, de preferencia por autoridades del sector salud, deberá presentarse la agenda a cubrir, incluyendo una presentación de las Cuentas Nacionales de Salud, su propósito, justificación y productos esperados. También deberá incluirse una presentación de los hallazgos sobre **antecedentes** y caracterización del **flujo de recursos**; aún mejor si se presentan datos del gasto efectuado por **sector público** en la prevención y el tratamiento del SIDA. Esta disposición a compartir las propias cifras refleja la voluntad de intercambiar información, y reduce las reservas de otros actores.

Aunque en este momento no estará completo un protocolo detallado del estudio, es importante prefigurar un bosquejo de la duración de cada fase, a fin de que los participantes en la reunión sepan aproximadamente cuándo se requerirá de su colaboración. El protocolo detallado tendrá un calendario más preciso, cuando se defina el nivel de apoyo disponible y los posibles cuellos de botella en la ejecución.

Se espera que en esta reunión los asistentes manifiesten su compromiso de nombrar contrapartes institucionales que contribuyan a mejorar los instrumentos, programar la recolección, y facilitar el acceso a datos.

Lecturas recomendadas

La información presentada en este módulo está, por la naturaleza y fines de la guía, orientada primariamente a la acción. Si embargo, para lectores que desean profundizar algunos temas técnicos mencionados, se presenta una lista bibliográfica recomendada.

Selección y análisis de datos (epidemiológicos, programáticos y financieros)

UNAIDS. Reaching regional consensus on improved behavioural and serosurveillance for HIV: report from a regional conference in East Africa. UNAIDS Best Practice Collection. Geneva, 1998. En formato PDF en el sitio de UNAIDS: <http://unaids.org/publications/documents/epidemiology/determinants/una98e9.pdf>

SIEGEL G (1996). Policy Development and Advocacy in Three Central American Countries: Lessons Learned. WP1. AIDSCAP/Family Health International/USAID.

Estudios de Costos e Impacto Socioeconómico del SIDA

SAAVEDRA J, **Economía y SIDA en América Latina**. En: El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria. JA Izazola-Licea, editor. FUNSALUD/SIDALAC, ONUSIDA, 1998. Se encuentra en formato PDF en el sitio de SIDALAC:

UNAIDS/WHO. Level and flow of national and international resources for the response to HIV/AIDS, 1996-1997. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). World Health Organisation (WHO), Geneva, 1999. Se encuentra en formato PDF en el sitio de ONUSIDA:

Estudios de Cuentas Nacionales de Salud

PARTNERSHIP FOR HEALTH REFORM PROJECT (1998). Cuentas Nacionales de Salud (CNS): Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en Latinoamérica y el Caribe. Technical Report No. 21. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

POULLIER P-J and P HERNANDEZ (2000) Estimates of National Health Accounts (NHA) for 1997. GPE Discussion Paper Series: No. 27. EIP/GPE/FAR. Geneva: World Health Organization.

RANNAN-ELIYA RP (1997) Egypt National Health Accounts 1994/95. DDM Project / Harvard School of Public Health/USAID y Ministry of Health/Arab Republic of Egypt. En formato PDF en: <http://www.hsph.harvard.edu/lhsg/publications/pdf>.

Costos medios y marginales

SCHEIFLER, Xavier. Teoría económica: microeconomía. Ed. Trillas, XIV impresión, México, 1987.

Clasificaciones de Cuentas en Salud (OECD)

OECD Health Policy Unit (28-01-2000). A system of Health Accounts for International Data Collection. OECD: Geneva. Se encuentra en formato PDF en el sitio de OECD: http://www.oecd.org/els/health/sha/SHA_1.PDF; [SHA_2.PDF](http://www.oecd.org/els/health/sha/SHA_2.PDF); [SHA_3.PDF](http://www.oecd.org/els/health/sha/SHA_3.PDF).

Sitios Institucionales que publican Datos Financieros y Estadísticos por Países en la Malla Mundial:

BID: <http://www.iadb.org>

OPS: <http://paho.org>

SIDALAC: <http://www.funsalud.org.mx/sidalac>

ONUSIDA: <http://www.unaids.org>

OMS: <http://who.int>

Hoja de Verificación de la Fase 1

✓	Actividad / Resultado	Comentarios
	1. Se ha integrado la información más precisa y actualizada sobre la magnitud, tendencias, distribución y composición de la epidemia.	
	2. Se ha identificado a los principales actores sociales que participan en la respuesta al VIH/SIDA, la población blanco que atienden y el tipo de actividades / servicios que desarrollan.	
	3. Hay una representación de los flujos financieros hacia la salud, incluyendo las fuentes, los agentes y los	

	proveedores de servicios del sector.	
	4. Con relación al VIH/SIDA, se ha identificado las fuentes principales de financiamiento y los proveedores de mayor cuantía económica en el sector salud.	
	5. Se ha desarrollado una serie de presentaciones y entrevistas con actores clave para sondear su interés en la estimación de financiamiento y gasto en respuesta al VIH/SIDA	
	6. Se ha generado compromiso e interés de los actores, en una convocatoria multiinstitucional respaldada por las autoridades de salud, para el lanzamiento formal del estudio	

Módulo 2

Planificación del Estudio



Objetivos del Módulo:

El equipo nacional de CNS-SIDA, al terminar la utilización del Módulo Técnico de Planificación del Estudio, estará en capacidad de:

- ✘ Identificar una estrategia eficiente para la ejecución de la estimación;
- ✘ Adecuar instrumentos de investigación al contexto nacional
- ✘ Seleccionar técnicas de recolección, procesamiento y análisis acordes con las condiciones y características nacionales;
- ✘ Programar la ejecución del estudio.

Introducción

En la fase de planificación del estudio se ajusta el diseño metodológico de la investigación, se programan las actividades y se estiman los recursos necesarios para ejecutarlo. La fase anterior, de organización y montaje, contribuyó a definir los alcances y límites del estudio y proveyó información sobre recursos que pueden movilizarse. La planificación del estudio conduce a identificar e instrumentar la estrategia para captar los datos más confiables, suficientes para satisfacer las categorías relevantes al país, con un nivel de esfuerzo y gasto proporcional a los resultados que pueden obtenerse.

El proceso arranca con la revisión de categorías, clasificaciones, matrices e indicadores del estudio, para realizar las adaptaciones necesarias a la terminología del país, y para integrar aspectos adicionales, de interés para el país y que, sin desviar el foco del estudio, pueden obtenerse del mismo esfuerzo de investigación. Conocido el conjunto de datos que se trata de obtener, deberán ser identificadas las fuentes potenciales de información, calificar el acceso y la confiabilidad de los datos de estas fuentes, y de acuerdo con dicha ponderación, seleccionar las fuentes de las que serán tomados los

datos del estudio. Cada fuente tiene sus características, a las cuales debe adaptarse la técnica de investigación que se utilice en cada caso para el levantamiento y la comprobación de los datos. Estas decisiones conducirán a la revisión y adaptación de los instrumentos de recolección, y la previsión de los mecanismos de procesamiento, las actividades de análisis y los espacios para la interpretación de los hallazgos.

La programación del estudio implicará cuantificar la duración de las etapas del estudio, sobre la base de la estrategia de recolección y las actividades y medios seleccionados para el procesamiento, el análisis y la interpretación de los datos. También es importante programar las actividades de divulgación y promoción del uso de la información, con énfasis en los planificadores, diseñadores de política y gerentes de servicios de salud. La programación también comprenderá la identificación de los insumos de cada etapa y los responsables de su ejecución, aspectos que posteriormente se traducirán en rubros de presupuesto de la investigación.

Una vez se han sopesado las posibilidades y tomado las decisiones metodológicas y los cálculos programáticos del estudio, se procederá a integrar el plan del estudio. La función principal de este documento será orientar el trabajo coordinado y delimitar los compromisos adquiridos frente a las instancias de aval, apoyo técnico y financiamiento de la investigación.

Este módulo describe los pasos para la planificación del estudio, señalando las posibilidades y sugiriendo algunos criterios para decidir sobre las mejores opciones. Sin embargo, es muy importante tener en cuenta que el proyecto se verá continuamente retado por dificultades que emergen en el terreno y ante las cuales se deberá ejercitar flexibilidad y capacidad de improvisación, pues el trabajo de campo exige ajustar continuamente el despliegue táctico a las condiciones imperantes.

2.1

Adaptación de Categorías e Indicadores

De la misma manera que el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud se enmarca en el Sistema de Cuentas Nacionales (que abarca toda la economía), las cuentas nacionales

en VIH/SIDA deben guardar relación con las categorías, principios contables, indicadores y, en cierta medida, con las matrices de las Cuentas Nacionales en Salud. Este paso inicial del diseño metodológico propone una estructura aplicable a la mayoría de países; sin embargo, existen diferencias en los sistemas de servicios de salud y en la terminología contable de los países, que hace necesario una revisión y adaptación de las categorías para el contexto nacional donde el estudio se desarrolle. Es importante que quede registro de las equivalencias de definición o contenido que se tracen, para que sea posible volver a las definiciones convencionales, con el propósito de tener comparabilidad internacional.

Las clasificaciones de funciones de servicios de salud, industrias proveedoras de servicios, fuentes de financiamiento y grupos humanos atendidos, tienen fundamento en convenciones internacionales que se registran en el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud de la OECD (y que incluimos en el Apéndice A de este módulo); sin embargo, en razón de las peculiaridades de la epidemia del SIDA y de la respuesta programática de los sistemas de salud, se han hecho adaptaciones y propuestas de clasificación que requieren validación dentro de cada país.

Por otra parte, el equipo de trabajo que revise las categorías, indicadores, matrices y datos de las cuentas en VIH/SIDA, deberá considerar esta oportunidad de análisis económico de la epidemia para recolectar información, que interesan únicamente al país. Por ejemplo, los gastos en actividades de diálogo político no forman parte de la definición estricta de gasto en salud. Pero si es de interés nacional integrar esa cifra, deberá incluirse en las boletas de recolección, y el resultado de su estimación se agregará como ítem de memorándum bajo la línea del gasto total en VIH/SIDA. Reiterando: el que algunas categorías no estén incluidas en la definición de funciones de salud, no debería inhibir el esfuerzo del país por obtener la información, si decide que es relevante para la gestión estratégica del programa.

⚠ Clasificación del Gasto por Funciones de Salud

La clasificación del gasto total, en el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud, toma dos grandes categorías: el gasto de funcionamiento o gasto corriente y el gasto de inversión o gasto de capital.

El **gasto de funcionamiento** es la suma de los gastos realizados en la provisión y administración de servicios de salud. Se divide en dos partes. El *gasto personal en servicios de salud*, comprende todos los que podrían denominarse “bienes privados” de salud, es decir, atenciones que benefician directamente a personas específicas. La otra parte corresponde a *gastos de salud pública*, incluyendo acciones preventivas y de salud pública, así como la administración de la salud y seguros de salud.

El **gasto de inversión** corresponde a la incorporación de bienes de capital y otros activos al patrimonio de las entidades, sin descontar las depreciaciones. En este apartado podrían caer las adquisiciones de infraestructura, equipo y mobiliario por parte de los proveedores de servicios en VIH/SIDA.

Existe un conjunto de elementos ajenos a la definición estricta de gasto en salud, pero relacionados con las acciones del sector, los cuales se consideran **ítems de memorándum**, que se contabilizan opcionalmente, sin afectar el total del gasto en salud.

La estimación de las Cuentas Nacionales en VIH/SIDA requiere y admite mayor desglose de los servicios prestados. Guardando consistencia con el desglose del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud, la tabla 3.1 muestra la forma en que se plantea el desglose de categorías directamente aplicables a la prevención, el tratamiento y la administración de programas de VIH/SIDA. También se han incluido los ítems de memorándum, dado que cada vez ganan mayor importancia en el gasto las acciones relacionadas a la respuesta de salud frente al SIDA pero que, en sentido estricto, no forman parte de los gastos en salud.

TABLA 3.1. Clasificación Funcional de los Servicios de Salud en respuesta al VIH/SIDA

GASTO TOTAL EN SALUD
GASTO DE FUNCIONAMIENTO
Gasto en Salud Personal
<i>Servicios Terapéuticos</i>
- Atención Hospitalaria
- Atención Ambulatoria
- Atención Domiciliaria
- Cuidados de enfermería a largo plazo
<i>Servicios de Apoyo</i>
- Pruebas diagnósticas
- Monitoreo de pacientes en TARSA
- Traslado de pacientes
<i>Expendio de bienes no duraderos</i>
Anti-retrovirales
Otros medicamentos
Otros bienes no duraderos
<i>Expendio de Bienes Duraderos</i>
Ortesis, prótesis y otro equipo duradero de uso personal
Gasto en Salud Pública
<i>Servicios de Salud Pública</i>
- Vigilancia epidemiológica
- Información, educación y comunicación
<i>Programas Preventivos</i>
- Condones
- Tratamiento sintomático de ITS
- Prevención perinatal
- Distribución de jeringas
- Bancos de Sangre
Gasto en Administración
<i>Gastos administrativos</i>
GASTO DE INVERSIÓN
Infraestructura
Equipamiento
ITEMS DE MEMORANDUM
Capacitación de personal
Investigación y Desarrollo
Administración y provisión de servicios sociales en especie a personas viviendo con SIDA
Administración y provisión de beneficios monetarios a personas viviendo con SIDA
Organización y empoderamiento
Diálogo político

Clasificación del Gasto por Proveedor

La clasificación de los proveedores de servicios se basa en un criterio más funcional que institucional; en otras palabras, el tipo de establecimiento es definido por sus intervenciones y nivel de complejidad, no por el sector (público, privado o no gubernamental) al que pertenezca. El esquema del sistema de cuentas nacionales de salud hace distinción en los proveedores de atención directa, servicios de apoyo, bienes médicos y administración/seguros, en una lista detallada que podría exceder las necesidades de una clasificación en VIH/SIDA. Sin embargo, el detalle de los proveedores debe mantenerse durante el proceso de búsqueda de datos, para no descartar tipos de proveedores que, aún sin esperarlos, podrían aparecer en el sistema de servicios.

La clasificación de proveedores, en el sistema de cuentas nacionales de la OECD, guarda relación con los tipos de función de servicio (ver Apéndice A.2); es muy probable que los proveedores de atención en salud, en países en desarrollo, tengan una menor especialización y , por lo tanto, pertenezcan a más de una de los tipos de industria proveedora. Por tal razón, se dice que la clasificación que aplica al proveedor es la del principal bien o servicio que provee.

Nótese, en la clasificación de la tabla 3.2, que la seguridad social y otros seguros aparecen como proveedores del servicio de intermediación financiera en salud, no como proveedores de atención directa, servicios de apoyo o bienes médicos. Los establecimientos de seguridad social que realizan estas acciones deben ser citados con arreglo a su clasificación como proveedor de salud, aunque sean separados como establecimientos de la seguridad social.

Las clasificaciones de proveedores, además de guardar relación con el tipo de servicio que entregan, expresan el nivel de capacidad resolutive y complejidad del establecimiento. En la clasificación del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud de la OECD, las entidades de prevención y control de la enfermedad están relativamente ocultas, en tanto que el tratamiento de enfermedades aparece minuciosamente detallado. Para caracterizar la respuesta ante el SIDA, el rubro de Provisión y

administración de programas de salud pública, ha sido desglosado para cubrir las organizaciones que realizan promoción y prevención.

TABLA 3.2. Clasificación Funcional de los Proveedores

PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD PERSONAL
Proveedores de servicios terapéuticos
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Hospitales ⌘ Centros de Atención Ambulatoria ⌘ Consultorios médicos ⌘ Proveedores alternativos
Proveedores de servicios auxiliares
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Laboratorios y centros de diagnóstico ⌘ Otros proveedores de servicios auxiliares
Proveedores de bienes personales de salud
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Farmacias ⌘ Otros proveedores de bienes médicos (incluyendo aparatos ortopédicos y otro equipo duradero de uso personal)
PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Programas de control de ITS/VIH/SIDA ⌘ Proveedores de Servicios de promoción y prevención
PROVEEDORES DE ASEGURAMIENTO EN SALUD
<ul style="list-style-type: none"> ⌘ Entidades de seguridad social ⌘ Otros seguros sociales ⌘ Seguros privados de salud (siempre que cubran VIH/SIDA)

Debido a que la utilización de los resultados del estudio muy probablemente se realizará por proveedores de acuerdo con su procedencia institucional, es también conveniente agrupar información de acuerdo con la clasificación institucional de proveedores (tabla 3.3).

TABLA 3.3. Clasificación de Proveedores por Procedencia Institucional

PROVEEDORES DEL SECTOR PÚBLICO
- Establecimientos de gobierno central
- Establecimientos de unidades autónomas y descentralizadas
- Establecimientos de la seguridad social
PROVEEDORES DEL SECTOR PRIVADO
- Organizaciones sin fines de lucro
- Proveedores privados lucrativos
PROVEEDORES DEL SECTOR EXTERNO

Clasificación de Fuentes de Financiamiento

De acuerdo con el sistema de cuentas nacionales de salud, los fondos pueden provenir de fuente pública, privada o internacional. Esta división amplia se subdivide, para el caso del gasto público, en financiamiento directo de gobierno y fondos de seguridad social. El sector privado, por su parte, incluye diversos tipos de entidades, desde las formas sociales y privadas de seguros, hasta el gasto directo de bolsillo que ejercen los hogares, pasando por organizaciones sin fines de lucro y gastos de las empresas (no incluyendo las de seguros).



Las fuentes internacionales corresponden, en países en desarrollo, al flujo receptivo de transferencias de cooperación internacional no reembolsable. Los préstamos se clasifican como provenientes de fuente gubernamental, pues ésta ha recurrido al endeudamiento externo para poder financiar las acciones de combate al VIH/SIDA. En este caso, la agencia de financiamiento externo es fuente de la fuente.

TABLA 3.4. Clasificación de Fuentes de Financiamiento en al respuesta al VIH/SIDA

Fuentes Públicas
Gobierno Central
Gobiernos Estatales y Municipales
Fondos de Seguridad Social
Fuentes Privadas
Fondos de Seguridad Social privada
Seguros privados de salud (siempre que cubran gastos en SIDA)
Organizaciones sin fines de lucro
Hogares (gasto directo de bolsillo)
Empresas (no proveedoras de servicios de salud)
Fuentes Externas
Organismos Multilaterales (Agencias del Sistema de Naciones Unidas)
Organismos Bilaterales (Asistencia Oficial al Desarrollo)
Entidades Privadas

Clasificación por Grupos Meta

Aunque existen muchas formas posibles de clasificar usuarios, en la clasificación de los gastos preventivos en SIDA es importante diferenciar el gasto que se realiza a la población en general, de los gastos orientados hacia grupos específicos. Los grupos específicos pueden ser reunidos en dos clases:

-  **Grupos núcleo:** grupos específicos con alta exposición a riesgo y elevado potencial epidémico pero con limitada accesibilidad; esta falta de acceso a servicios preventivos les perjudica y es una consecuencia de la estigmatización y el prejuicio que se ejerce contra ellos.
-  **Grupos accesibles:** grupos cuyas condiciones pueden exponerlos al riesgo por formar parte o entrar en contacto con grupos núcleo. En otras palabras, son grupos más amplios, donde puede haber miembros de los grupos núcleo, que no tienen que

definirse a sí mismos como tales para tener acceso a servicios de prevención (tabla 3.5).

TABLA 3.5. Clasificación de Grupos Meta de Servicios Preventivos de VIH/SIDA

GRUPOS META
Grupos de Riesgo
Hombres que tienen sexo con hombres
Trabajadoras comerciales del sexo
Usuarios de drogas inyectables
Grupos Accesibles
Niños en riesgo de transmisión vertical
Trabajadores migrantes temporales
Población privada de libertad
Fuerzas Armadas y Policía

⚡ Clasificación por Objeto de Gasto

Objetos o elementos de gasto se denomina a la totalidad de factores que ingresan a la producción de bienes y servicios en respuesta al SIDA. Generalmente se utilizan como rubros o líneas de presupuesto. La clasificación que se presenta para fines de la contabilidad de gastos en SIDA destaca elementos de gasto que, en la presupuestación global de la salud, normalmente quedan implícitos en otros rubros. Los grupos de gasto más generales son:

- ⚡ Servicios personales:** todas las remuneraciones al personal permanente y temporal, incluyendo sueldos, salarios, honorarios, prestaciones, cuotas a la seguridad social y otros pagos.
- ⚡ Materiales y Suministros:** bienes no duraderos, fungibles o consumibles.
- ⚡ Infraestructura y Equipo:** obra física, equipamiento, bienes duraderos.
- ⚡ Servicios generales:** servicios contratados con entidades y personas sin generar relación laboral.

TABLA 3.6. Clasificación de Objetos de Gasto

OBJETOS DE GASTO
Servicios Personales
Personal de salud
Resto de personal
Materiales y Suministros
Medicamentos
Útiles médico quirúrgicos
Condomes
Reactivos y materiales de laboratorio
Alimentos a personas
Resto de materiales y suministros
Infraestructura y Equipo
Construcciones y Remodelaciones
Equipo y mobiliario médico
Equipo y mobiliario no médico
Servicios Generales
Servicios administrativos básicos
Asesoría e investigación
Mantenimiento de instalaciones y equipos
Hotelería, Viáticos y transporte
Otros servicios generales

Clasificación del Gasto en Programas Estratégicos

Los países de América Latina han iniciado un proceso de convergencia hacia el establecimiento de prioridades en la respuesta al VIH/SIDA y además están preparando, mediante participación y consenso, planes estratégicos de alcance nacional. Esto les ha permitido enfocar mejor los esfuerzos y conducir la aplicación de sus planes dentro de los programas operativos de cada institución. Sin embargo, para verificar los progresos y limitaciones, se considera importante desarrollar el monitoreo del gasto en programas estratégicos para combatir la epidemia. Tales programas forman parte de la promoción, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, pero se destacan como elementos de vigilancia común y necesaria para todos los países. Por tal razón, se espera que los

resultados de la estimación de cuentas nacionales en VIH/SIDA permitan reportar y comparar entre países, la situación de financiamiento y gasto en los rubros que presenta la tabla siguiente.

TABLA 3.7. Clasificación de Programas Estratégicos

PROGRAMAS ESTRATEGICOS

Promoción

- Campanñas de información en medios de comunicación colectivos
- Mercadeo social no dirigido a grupos específicos

Prevención en Grupos Específicos

- Trabajadores/as sexuales comerciales
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Usuarios de drogas inyectables
- Prevención de la transmisión vertical

Tratamiento

- Acceso a anti-retrovirales

Los principios contables, definiciones y clasificaciones del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud de la OCDE pueden ser consultados en la versión beta del Manual publicado por la Unidad de Política de Salud de la OCDE, el cual está preparado para descarga, en formato PDF, desde la página www.oecd.org/els/health.

2.2

Selección de Fuentes de Información

La búsqueda de información para estimar los gastos en VIH/SIDA debe orientarse por criterios que favorezcan la selección entre fuentes alternativas. Los criterios más evidentes invocan la confiabilidad, la validez y la economía de los datos. A esos criterios, que forman parte común del diseño de investigación, debemos agregar los de periodicidad y legitimidad, que tienen sentido cuando se trata de construir un flujo sistemático de datos integrado a esquemas contables de mayor alcance, como es el caso de las cuentas nacionales en VIH/SIDA.

La información sobre los gastos en VIH/SIDA puede encontrarse en los registros de las fuentes de financiamiento, de los proveedores, o de actores independientes, como los institutos de Estadística de los países, que suelen realizar encuestas socioeconómicas y de gastos en salud.

La tabla 3.5 presenta una lista de posibles fuentes de información para integrar el gasto en VIH/SIDA, de acuerdo con las fuentes de financiamiento. Además de las fuentes aquí identificadas, deben buscarse las propias de cada país. La lista larga de fuentes potenciales de información debe someterse a una comparación sobre la calidad de los datos, el grado de dificultad para obtenerlos y su aplicabilidad a las cuentas en salud. Este examen de las cualidades de cada fuente permitirá definir adónde y con quién se entablará contacto para facilitar la recolección de información. También deberá identificarse fuentes alternativas, tanto para el caso de que se entorpezca el flujo de datos desde determinada fuente, como para tener cifras de contraste y triangulación de datos.

TABLA 3.8. Fuentes de Información según Sector y Entidad específica de financiamiento de servicios en VIH/SIDA.

Sector	Entidad	Fuente
Fuentes externas	Al sector público	ⓧ Registros de financiamiento externo del sector público
		ⓧ Informes de ejecución presupuestaria de cada dependencia
		ⓧ En cada agencia de financiamiento externo
	Al sector privado	ⓧ En cada agencia de financiamiento externo
		ⓧ En las organizaciones receptoras (OSFL)
Gasto Público	Gobierno	ⓧ Informe de Ejecución Presupuestaria de las entidades ejecutoras de programas de VIH/SIDA en el Ministerio de Salud
		ⓧ Informe de Ejecución Presupuestaria de las entidades ejecutoras de programas de VIH/SIDA en unidades descentralizadas
		ⓧ Informe de Ejecución Presupuestaria de Programas Especiales (Medicamentos esenciales,

Sector	Entidad	Fuente	
		Fideicomisos, etc.)	
	Fondos de seguridad social	<p>ⓧ Informe de ejecución presupuestaria de programas de atención médica (específicamente ETS/VIH/SIDA) de la seguridad social</p> <p>ⓧ Informe de servicios contratados para pacientes con VIH/SIDA</p>	
Sector Privado	Organizaciones sin fines de Lucro (OSFL)	<p>ⓧ Informes presupuestarios de las organizaciones más grandes de cada tipo de proveedor / función de servicio</p> <p>ⓧ Informes de recursos canalizados hacia OSFL-VIH/SIDA por la cooperación externa</p> <p>ⓧ Informes de transferencias del sector público hacia OSFL-VIH/SIDA</p>	
		Seguros de Salud	<p>ⓧ Informes de servicios cubiertos y accidentalidad por VIH/SIDA de seguros privados y seguridad social privada</p>
		Empresas	<p>ⓧ Encuesta en empresas tipo por rama productiva</p>
	Hogares: Gasto de bolsillo	<p>ⓧ Encuesta a proveedores de servicios en VIH/SIDA</p> <p>ⓧ Sector farmacéutico: importación y gasto en condones, antirretrovirales y otros bienes médicos asociados a prevención y tratamiento de VIH/SIDA</p> <p>ⓧ Fuente secundaria: Encuestas de gastos en salud de los hogares</p> <p>ⓧ Entrevistas con personas viviendo con VIH/SIDA</p> <p>ⓧ Estimación con apoyo de expertos: proveedores y activistas de organizaciones de autoayuda en VIH/SIDA.</p>	

Estrategia de Recolección de Datos

2.3

Una vez que las categorías están adaptadas al país, y las fuentes de información han sido seleccionadas, es procedente identificar los momentos, formularios y recursos requeridos para una recolección de datos eficiente y efectiva.

Es conveniente recordar que en este momento, ya existe un grupo de respaldo interinstitucional constituido, el cual puede colaborar en la búsqueda de oportunidades y medios para realizar la recolección. Es importante que el grupo avale las fuentes de información de la estimación y que, en ese espacio, se definan compromisos y acuerdos para el acceso a la información.

Aspectos clave en la estrategia de recolección

- ⚠ Los instrumentos de recolección (formularios o boletas) deben reflejar el enfoque matricial de las Cuentas Nacionales: si los datos vienen en frecuencias simples, será difícil cruzarlos después.
- ⚠ Como primer recurso, se recomienda involucrar en la recolección al personal de administración y finanzas de las principales entidades que aportarán datos.
- ⚠ Debe disponerse, en todo caso, de una o más personas a tiempo completo que sean responsables del proceso de investigación.
- ⚠ Conviene mantener informado y participando a quien tenga la delegación en el grupo interinstitucional; esta persona podría ser clave para la fluidez del proceso

⚠ ***Tabla de Operacionalización***

Para resumir varios pasos anteriores, conviene preparar una tabla de operacionalización, que identifique, para cada conjunto de datos, las fuentes de información que serán abordadas, la técnica que se empleará y el título del instrumento (formulario o boleta) correspondiente. Esta tabla sirve para tener a la vista cómo se cubrirán las necesidades de datos, cuántos instrumentos deben prepararse y en qué entidades deberá establecerse contacto. En seguida se muestra un ejemplo del formato que podría tener la tabla de operacionalización del trabajo de campo (tabla 3.9).

TABLA 3.9. Operacionalización del Trabajo de Campo

Conjunto de datos	Fuente (Nombre de la entidad, dirección, teléfono y persona(s) a contactar).	Técnica de recolección	Instrumento	Responsable
Gasto de Gobierno central				
Gasto de gobierno regional / estatal / provincial				
Gasto de la Seguridad Social				
Gasto de las entidades sin fines de lucro				
Gasto de los seguros privados				
Gasto de establecimientos privados				
Gasto de bolsillo de los hogares				
Gasto de programas nacionales de prevención y control				
Financiamiento externo				

Diseño de Instrumentos

Se recomienda, en términos generales, que los formularios de captación de datos tengan claramente identificada la procedencia institucional del estudio y los objetivos que se llenarán con la información requerida. También se recomienda que exista espacio para observaciones, tanto del respondiente como del entrevistador.

Para los fines de la recolección de datos para estimar el gasto nacional en VIH/SIDA se recomienda que los instrumentos tengan cuatro apartados principales:

1. **Información de identificación:** la institución a la que corresponden los datos (nombre, dirección, teléfono, correo electrónico) y el o los informantes a quienes se debe la información. Cuando se trate de ficheros para vaciado de datos, esta sección debe contener un espacio para la referencia bibliográfica del documento fuente. Como una parte esencial de la información de identificación, deben consignarse la misión y los objetivos de la institución bajo análisis, así como el tipo de institución que es, de acuerdo con la clasificación funcional y con la clasificación institucional.
2. **Datos sobre servicios en respuesta al SIDA.** Como parte de la caracterización de la institución es necesario consignar en el formulario un apartado con la clasificación de servicios en respuesta al VIH/SIDA, que indique cuáles servicios presta la entidad y el volumen de los mismos. Además, se requerirá que indique el grupo meta de los servicios, o si se dirigen a población abierta (tabla 3.10).

TABLA 3.10. Tabla de registro de información sobre el tipo y volumen de servicios

Tipo de Servicio	Volumen Producido		Grupo meta principal
	1999	2000	
(esta columna deberá contener la clasificación de tipos de servicio)			

3. **Datos de origen de los recursos:** no importa si la institución provee de servicios o es fuente de financiamiento; esta sección del cuerpo central del instrumento registrará de dónde provienen los recursos que la institución destina al VIH/SIDA. Esta sección del formulario puede estar compuesta por dos tablas, una para cada año bajo estudio (1999 y 2000). La columna principal de la tabla deberá contener la clasificación de fuentes de financiamiento. Es muy importante registrar la unidad monetaria en que están expresadas las cifras del cuadro; siempre que sea posible deben consignarse en moneda nacional.

TABLA 3.11. Ejemplo de cuadro de registro de los recursos captados por fuente de financiamiento y año

Tipo de Fuente Financiera	Entidad	1999	2000
(Esta columna debe contener la clasificación de fuentes de financiamiento)			

4. **Datos sobre el destino de los recursos:** Si el formulario se destina a una fuente de financiamiento, deberá preguntarse el destino de los fondos por proveedor y por tipo de servicio. Si la fuente financiera carece de detalle sobre los servicios, deberá por lo menos llenarse un cuadro del financiamiento destinado a cada uno de los programas estratégicos, según la clasificación anteriormente presentada. Si el formulario se destina a un proveedor de servicios, se cruzarán los datos de función de servicio con los objetos de gasto; también se deberá presentar una tabla cruzada del financiamiento por tipos de servicio y grupos meta.
5. **Datos adicionales:** Esta sección contendrá comentarios del entrevistador o del entrevistado. Algunas explicaciones de cambios en el patrón de gastos de una entidad no pueden inferirse de la información cuantitativa, por lo que estos apuntes deberán ser reservados y sistematizados, a fin de contar con ellos durante la interpretación de los hallazgos.

Período bajo estudio

Una vez establecido qué fuente aportará qué datos, quién los recolectará y con qué técnica e instrumentos, el grupo interinstitucional debe conocer y avalar el procedimiento. Los comentarios y ajustes sugeridos por el grupo se incorporarán en esta parte del diseño, a fin de tener un conjunto validado de instrumentos.

Existe un elemento de diseño que normalmente forma parte de etapas previas de la reflexión sobre el objeto de estudio, su planteamiento y especificación. Es el período bajo análisis, es decir, si se tomará información sobre el gasto en VIH/SIDA sobre uno o más años y cuáles. En el marco de la presente iniciativa, la meta es integrar los gastos correspondientes a 1999 y 2000. Esto debido a la conveniencia de reunir información sobre más de un año, que permita evaluar los cambios que se están produciendo en los flujos de financiamiento y la composición del gasto; cada país debe considerar la posibilidad de recoger información sobre años anteriores, para extraer mayor provecho del esfuerzo de recolección.

La decisión final sobre el período de estudio puede tomarse cuando se ha sopesado la disponibilidad de recursos para realizar el estudio, el acceso a información y calidad de las fuentes, así como los elementos logísticos que conforman la estrategia de recolección.

2.4

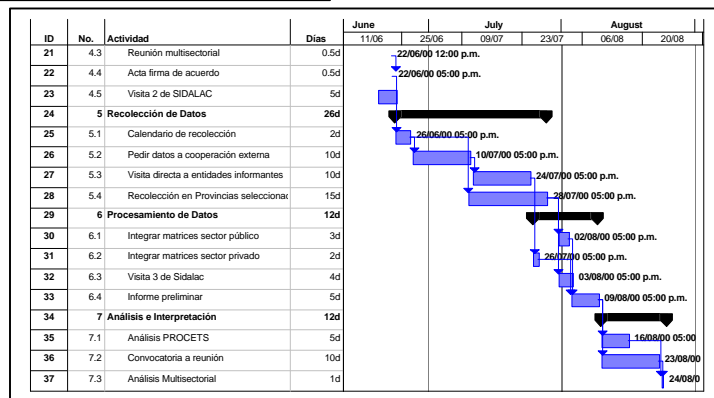
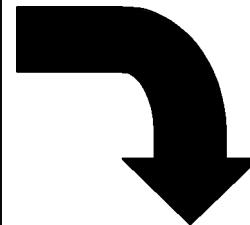
Programar la ejecución del estudio

En el módulo 1, Organización y Montaje, se estableció en grandes componentes, la duración del estudio y los compromisos de presentación de resultados. En este paso, se establece con mayor precisión cuáles serán las actividades del estudio y, en función de los recursos disponibles para ejecutarlas, el tiempo que tomará su realización. Los hitos del proyecto, y las actividades que los enlazan, pueden representarse tanto en forma tabular como gráfica. Algunos programas de cómputo facilitan la tarea de programar actividades.

La ilustración 5 muestra la tabla de programación en la que se detallan las actividades de cada fase del proyecto, la duración esperada de la actividad, las fechas de inicio y finalización y los participantes /responsables. Sobre esta tabla se trazará después el gráfico de Gantt, el cual permite observar la interrelación que las actividades guardan entre sí.

Ilustración 5. Programación de las actividades del proyecto

ID	No.	Actividad	Días	Inicio	Fin	Pre	Resource Names
21	4.3	Reunión multisectorial	0.5d	Thu 22/06/00	Thu 22/06/00	17.2	Suministros,Evento
22	4.4	Acta firma de acuerdo	0.5d	Thu 22/06/00	Thu 22/06/00	21	Multisectorial
23	4.5	Visita 2 de SIDALAC	5d	Mon 19/06/00	Fri 23/06/00	20	
24	5	Recolección de Datos	26d	Fri 23/06/00	Fri 28/07/00		
25	5.1	Calendario de recolección	2d	Fri 23/06/00	Mon 26/06/00	22	Consultor(a)[0.5]
26	5.2	Pedir datos a cooperación externa	10d	Tue 27/06/00	Mon 10/07/00	25.1	Suministros,Comun
27	5.3	Visita directa a entidades informantes	10d	Tue 11/07/00	Mon 24/07/00	26	Directora PROCET
28	5.4	Recolección en Provincias seleccionadas	15d	Mon 10/07/00	Fri 28/07/00	25	Suministros,Viático
29	6	Procesamiento de Datos	12d	Tue 25/07/00	Wed 09/08/00		
30	6.1	Integrar matrices sector público	3d	Mon 31/07/00	Wed 02/08/00	28	Consultor(a)
31	6.2	Integrar matrices sector privado	2d	Tue 25/07/00	Wed 26/07/00	27	Consultor(a)
32	6.3	Visita 3 de Sidalac	4d	Mon 31/07/00	Thu 03/08/00	28	
33	6.4	Informe preliminar	5d	Thu 03/08/00	Wed 09/08/00	30.1	Consultor(a)[0.6]
34	7	Análisis e Interpretación	12d	Thu 10/08/00	Fri 25/08/00		
35	7.1	Análisis PROCETS	5d	Thu 10/08/00	Wed 16/08/00	33	Eventos,Directora F
36	7.2	Convocatoria a reunión	10d	Thu 10/08/00	Wed 23/08/00	33	Directora PROCET
37	7.3	Análisis Multisectorial	1d	Thu 24/08/00	Thu 24/08/00	36.1	Consultor(a),Event
38	7.4	Visita 4 de Sidalac	4d	Tue 22/08/00	Fri 25/08/00		
39	8	Divulgación y Movilización	25d	Fri 25/08/00	Thu 28/09/00		
40	8.1	Preparación de informe	5d	Fri 25/08/00	Thu 31/08/00	37	Suministros,Consul
41	8.2	Presentación informe a PROCETS	0d	Thu 31/08/00	Thu 31/08/00	40	Consultor(a)
42	8.3	Revisión del Informe PROCETS	5d	Fri 01/09/00	Thu 07/09/00	41	Eventos,Equipo Int



Estimar el presupuesto del estudio

2.5

La programación del estudio llevó a definir la cantidad y el tiempo requerido de recurso humano, remunerado y no remunerado, para las diferentes etapas de la investigación. También se definió en esta programación la realización de eventos, su duración, número de participantes, etc. También existen bases para calcular los suministros que requerirá el estudio, una vez hemos establecido cuántas instituciones serán visitadas, en qué lugares y con qué tipo de cuestionarios. Esta información servirá para calcular el presupuesto del estudio.

Estimación de servicios personales

La programación permitió identificar las actividades, su duración y el personal participante. Con esa información se construye la tabla del gasto estimado en servicios personales. Cada tipo de recurso humano, con las unidades de tiempo que empleará y su costo por unidad, permiten obtener el costo por cada tipo de personal. La suma de estos costos nos da la línea presupuestaria del proyecto correspondiente a los servicios personales.

La tabla siguiente ilustra algunos detalles del presupuesto de personal. La unidad de medida (mes, día, boleta) puede variar según el tipo de personal. El costo del personal que pertenece a la institución, es decir, que no será contratado para el estudio, debe anotarse para saber el costo total, y el personal que será contratado específicamente para el estudio, conviene incluirlo en una columna que detalle los recursos adicionales para financiar la investigación.

TABLA 3.12. Cálculo de presupuesto de servicios personales para un proyecto de CNS-SIDA

Personal	Unidad de Medida	Costo por unidad	Unidades utilizadas	Costo total	Recurso Adicional
Coordinador del proyecto	Mes				
Consultor principal	Día				
Analista	Mes				

Encuestadores	Boleta				
Digitador	Boleta				
TOTAL					

Estimación de materiales

Los gastos en suministros y otros materiales incluyen insumos específicos a cada etapa del estudio, así como algunos suministros de uso corriente durante todo el proyecto. Los materiales deben incluir útiles de escritorio, suministros de computación, material audiovisual (para presentaciones), material reproducido (para levantamiento de datos y divulgación de resultados).

Como en el caso anterior, algunos materiales pueden estar disponibles en la unidad ejecutora del estudio, aunque serán incluidos en el presupuesto; el costo de los materiales adicionales se presentará en columna separada.

Servicios no personales y gastos de movilización

Los servicios de reproducción e impresión, telecomunicaciones y hotelería (atenciones a personas, en eventos del proyecto), también deben incluirse en el presupuesto. Los gastos de transporte y viáticos para el trabajo de campo serán computados de acuerdo al número de días de trabajo en el interior. Cada entidad tiene sus propias regulaciones en cuanto a estos gastos. Como en los casos anteriores, además de la columna de costo total, especificará en columna aparte los recursos adicionales a los que dispone la institución para estos servicios.

Integración del presupuesto

El resumen presupuestario es un instrumento de negociación, por lo que presentará una síntesis transparente de los gastos totales requeridos por el proyecto, así como los recursos adicionales que se requieren, en cada rubro o línea presupuestaria. Junto a las cifras de presupuesto en unidades monetarias, conviene consignar el peso porcentual de cada rubro.

Aunque puede ser conveniente a la entidad ejecutora del proyecto contar con una partida de imprevistos, debe advertirse que los contratos de reembolso de gastos no admiten ese tipo de partidas, por lo que podría verse recortado el presupuesto global si la holgura presupuestaria se especifica como renglón de gasto.

Integrar el Programa del estudio

2.6

El documento contiene el diseño de investigación puede ya redactarse, integrando los insumos obtenidos en los pasos anteriores de esta fase, y en algunos de la fase anterior.

Los **antecedentes** de la investigación fueron compilados y resumidos como primer paso de la fase de Organización y Montaje. Durante esta misma fase, la identificación de actores, el sondeo de interés y el lanzamiento formal del estudio, constituyeron oportunidades para plantear, complementar e integrar la **justificación** de una investigación del gasto orientado a afrontar el VIH/SIDA. En la introducción a esta guía técnica se plantean algunos de los propósitos y resultados esperados de efectuar estudios de cuentas nacionales en VIH/SIDA; se espera que cada grupo nacional pueda adecuar y completar con **objetivos** de interés para el país.

La operacionalización del objeto de estudio, sus variables, dimensiones y datos, se discutió en el primer paso de esta fase de formulación del protocolo; estos son insumos para la preparación del capítulo sobre **planteamiento del problema**. Este capítulo servirá para dejar establecidas algunas decisiones sobre el alcance de la investigación:

- ⌘ El período bajo estudio formará parte de la delimitación temporal;
- ⌘ La forma en que se estimará el gasto descentralizado y gasto de hogares; pues ambos requieren buenas fuentes documentales, o bien, presupuesto para el levantamiento de datos.
- ⌘ La delimitación conceptual de “gasto en VIH/SIDA”, estrictamente en salud o más amplia.

La selección de fuentes de información, y los elementos de la estrategia de recolección forman parte importante de la **Metodología**. A ello habrá que agregar una previsión de los procedimientos de procesamiento de datos, análisis e interpretación (módulos 4 y 5). El Plan de Trabajo ha sido elaborado en el paso 4 de esta fase, y el Presupuesto en el paso 5.

El protocolo de investigación sirve para negociar la obtención de los recursos complementarios para su ejecución; además, favorece la comunicación entre los participantes en la ejecución del estudio y como documento, es un avance el texto que tendrá el informe de la investigación.

Apéndice A. Clasificaciones del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud de la OCDE

🚫 Clasificación por Funciones de Salud (HC)

HC.1	Servicios de atención curativa
HC.1.1	Atención Hospitalaria
HC.1.2	Servicios de Atención Diurna
HC.1.3	Atención Ambulatoria
HC.1.3.1	Atención Médica Básica y Servicios de Diagnóstico
HC.1.3.3 (2)	Atención Ambulatoria Especializada (dental)
HC.1.3.9	El Resto de la Atención Ambulatoria
HC.1.4	Atención Domiciliaria
HC.2	Servicios de salud rehabilitatorios
HC.2.1	Atención hospitalaria rehabilitatoria
HC.2.2	Atención diurna rehabilitatoria
HC.2.3	Atención rehabilitatoria ambulatoria
HC.2.4	Atención rehabilitatoria domiciliaria
HC.3	Servicios de Atención de Enfermería de Larga Estancia
HC.3.1	Atención hospitalaria de larga estancia
HC.3.2	Atención diurna de larga estancia
HC.3.3	Atención domiciliaria de enfermería de larga estancia
HC.4	Servicios Auxiliares de Atención de la Salud
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Diagnóstico imagenológico
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencias
HC.4.9	Todos los otros servicios auxiliares misceláneos

HC.5 **Bienes Médicos Ofrecidos a Pacientes Ambulatorios**

HC.5.1 **Medicamentos e insumos médicos no duraderos**

HC.5.1.1 (1-2) Medicamentos

HC.5.1.3 Insumos médicos no duraderos

HC.5.2 **Aparatos ortopédicos y otros enseres duraderos**

HC.5.2.1 Lentes y otros productos para la visión

HC.5.2.2 Aparatos ortopédicos y prótesis

HC.5.2.3 Ortesis (auditivos)

HC.5.2.4 Instrumentos técnico-médicos, incluye sillas de ruedas

HC.5.2.9 Otros bienes médicos misceláneos duraderos

HC.6 **Servicios Preventivos y de Salud Pública**

HC.6.1 **Protección y Promoción General a la Salud**

HC.6.1.1 Programas de Nutrición, Suplementos Dietéticos

HC.6.1.2 Prevención y Control de las Lesiones por Accidentes y Violencias

HC.6.1.3 Prevención de Adicciones

HC.6.1.4 Programas de Vigilancia y Seguridad General

HC..6.2 **Promoción y Protección a Grupos de Población Específica**

HC..6.2.1 Salud Materna e Infantil, Salud Reproductiva

HC.6.2.2 Salud del Adolescente y el Escolar

HC.6.2.3 Salud Oral

HC.6.2.4 Salud Ocupacional

HC.6.2.5 Seguridad y Promoción de la Salud a través de Estilos de Vida, incluyendo la Recreación y el Deporte

HC.6.2.6 Servicios de Salud en las Prisiones

HC.6.2.7 Detección de la Discapacidad y la Rehabilitación

HC.6.2.8 Apoyo a los Ancianos Vulnerables

HC.6.2.9 Programas en favor de la Equidad de Género y Minorías Étnicas

HC.6.2.10 Apoyo en Emergencias y Programas para Refugiados

HC.6.2.11 Protección y Promoción de la Salud Mental

- HC.6.2.12 Programas para los Retrasados Mentales (y grupos similares)
- HC.6.2.13 Programas para los Desórdenes mentales y la Depresión Crónica
- HC.6.2.14 Programas para evitar la Dependencia de Drogas y el Alcoholismo
- HC.6.3 **Programas Terapéuticos y de Rehabilitación**
- HC.6.3.1 Difusión de Tecnologías de Atención Primaria
- HC.6.3.2 Medicamentos Esenciales y Vacunas
- HC.6.3.3 Medicina Tradicional
- HC.6.3.4 Programas de Rehabilitación
- HC.6.3.5 Atención Paliativa (para enfermos crónicos y terminales)
- HC.6.4 **Promoción de la Salud Ambiental**
- HC.6.4.1 Saneamiento y Control de la Calidad de Agua de Consumo Humano
- HC.6.4.2 Desarrollo Rural y Urbano
- HC.6.4.3 Control de Riesgos Químicos y Tóxicos
- HC.6.4.4 Seguridad Alimentaria
- HC.6.4.5 Programas Veterinarios
- HC.6.5 **Prevención y Control de Enfermedades**
- HC.6.5.1 Inmunización y Tamizaje
- HC.6.5.2 Erradicación de Enfermedades Transmisibles y Tropicales Seleccionadas
- HC.6.5.3 Programas de Acción Contra Otras Enfermedades Transmisibles (incluyendo SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual)
- HC.6.5.4 Intervenciones Contra las Enfermedades Crónicas y Enfermedades Discapacitantes (discapacidades de los órganos sensoriales como ceguera, sordera, cáncer, desórdenes cardiovasculares y programas de control de otras enfermedades)
- HC.6.6 **Desarrollo de Políticas de Salud**
- HC.6.6.1 Planificación de la salud
- HC.6.6.2 Programas Experimentales y de Demostración
- HC.6.6.3 Desarrollo y Organización de Protección Social y Redes de Seguridad
- HC.6.6.4 Salud Internacional
- HC.6.6.5 Los otros programas de desarrollo de políticas de salud
- HC.7 **Administración de Salud y Seguros de Salud**
- HC.7.1 Administración de salud del gobierno general
- HC.7.1.1 Administración de salud del gobierno general (excepto seguridad social)

- HC.7.1.2 Administración, operación y apoyo de la seguridad social
- HC.7.2 Administración de salud y seguro de salud privados
 - HC.7.2.1 Administración de salud y seguro de salud: seguridad social privada
 - HC.7.2.2 Otra administración de salud y seguro de salud: otros privados
- HCR **Funciones relacionadas con la salud**
 - HCR.1 Formación de capital de las instituciones proveedoras de salud
 - HCR.2 Educación y capacitación de personal de salud
 - HCR.3 Investigación y desarrollo en salud
 - HCR.4 Control de alimentos, higiene y agua de consumo humano
 - HCR.5 Salud ambiental
 - HCR.6 Administración y provisión de servicios sociales en especie a los enfermos y discapacitados
 - HCR.7 Administración y provisión de beneficios monetarios asociados a la salud

 **Clasificación por Tipo de Proveedor**

- HP.1 **Hospitales**
 - HP.1.1 Generales
 - HP.1.2 De especialidades (salud mental y abuso de sustancias)
 - HP.1.3 Centros de Atención de Larga Estancia
- HP.2 **Centros de atención de enfermería**
 - HP.2.1 Residencias para retardo mental y abuso de sustancias
 - HP.2.2 Centros de atención comunitaria para ancianos
 - HP.2.3 Otros tipos de centros de atención residencial
- HP.3 **Proveedores de atención ambulatoria (1)**
 - HP.3.1(1-2) Consultorios médicos*
 - HP.3.3 Consultorios de paramédicos y otros profesionales de la salud
 - HP.3.4 Centros de Atención para Pacientes Ambulatorios
 - HP.3.4.1 Centros de planeación familiar
 - HP.3.4.2 Centros de cirugía ambulatoria
 - HP.3.4.3 Centros de diálisis
 - HP.3.4.4 Todos los otros centros de servicios especializados y cooperativos
 - HP.3.4.5 Todos los otros centros de atención ambulatoria comunitaria y centros integrados
 - HP.3.4.9 Proveedores de atención ambulatoria (2)

FUNSALUD – SIDALAC

GUÍA TÉCNICA DE CUENTAS NACIONALES EN VIH/SIDA

- HP.3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico
- HP.3.6 Proveedores de atención domiciliaria
- HP.3.9 Otros proveedores de atención ambulatoria
 - HP.3.9.1 Servicios de ambulancia
 - HP.3.9.2 Bancos de sangre y órganos
 - HP.3.9.9 Proveedores de todos los otros servicios ambulatorios
- HP.4 **Proveedores de bienes a pacientes ambulatorios**
 - HP.4.1 Proveedores de medicamentos
 - HP.4.2 Proveedores de lentes y otros productos para la visión
 - HP.4.3 Proveedores de productos para la audición
 - HP.4.4 Proveedores de otros dispositivos médicos
 - HP.4.9 Proveedores de los otros bienes médicos misceláneos
- HP.5 **Provisión y Administración de Programas de Salud Pública**
- HP.6 **Administración de Salud y Seguros de Salud**
 - HP.6.1 Administración Gubernamental de salud
 - HP.6.2 Fondos de seguridad social
 - HP.6.3 Otra seguridad social
 - HP.6.4 Seguridad privada
 - HP.6.9 Los otros proveedores de administración de salud
- HP.7 **Otras industrias (resto de la economía)**
 - HP.7.1 Establecimientos que proveen servicios de salud ocupacional
 - HP.7.2 Hogares como proveedores de atención
 - HP.7.9 Otros industrias que proveen servicios secundarios de salud
- HP.9 **El resto del mundo**

⚡ Clasificación por Fuentes de Financiamiento

HF.1 Gasto Público en Salud: Gobierno general

HF.1.1 Territorial (Central + Provincial + Municipal)

HF.1.1.1 Central

HF.1.1.2 Provincial / Estatal / Regional

HF.1.1.3 Municipal

HF.1.2 Seguridad Social

HF.1.9 Otros Gastos públicos

Consolidado del Gobierno General (Territorial + Seguridad Social + Otros)

HF.2 Sector privado

HF.2.1 Seguro Médico Privado

HF.2.2 Otros Esquemas con Prepago

HF.2.3 Gasto directo de Hogares (de bolsillo) (excluye al costo compartido)

HF.2.3.1 Gasto directo de los hogares

HF.2.3.2 Costo compartido: gobierno central

HF.2.3.3 Costo compartido: gobierno estatal-provincial

HF.2.3.4 Costo compartido: gobierno local-municipal

HF.2.3.5 Costo compartido: fondos de seguridad social

HF.2.3.6 Costo compartido: seguro social privado

HF.2.3.7 Costo compartido: otro seguro privado

HF.2.3.9 Todos los otros costos compartidos

HF.2.4 Empresas Sin Fines de Lucro

HF.2.5 Corporaciones (no de seguridad social)

HF.3 Recursos Externos

HF.4 Reembolsables

HF.5 No Reembolsables

 **Clasificación por Grupo de Enfermedad**

CIE10 (1)

- CI.11 Enfermedades Infecciosas y Parasitarias
- CI.21 Neoplasias
- CI.22 Enfermedades Metabólicas y Endocrinas
- CI.23 Enfermedades de la Sangre
- CI.24 Desórdenes Mentales
- CI.25 Enfermedades del Sistema Nervioso
- CI.26 Enfermedades del Sistema Circulatorio
- CI.27 Enfermedades del Sistema Respiratorio
- CI.28 Enfermedades del Sistema Digestivo
- CI.29 Enfermedades del Sistema Genitourinario
- CI.12 Complicaciones del Embarazo y Parto
- CI.210 Enfermedades de la Piel y el Tejido Celular Subcutáneo
- CI.211 Enfermedades del Sistema Musculoesquelético
- CI.212 Anomalías Congénitas
- CI.213 Morbilidad y Mortalidad Perinatal
- CI.0 Síntomas y Condiciones Mal Definidas
- CI.3 Accidentes, Envenenamientos y Violencias
- CI.9 Todas las Otras Categorías

Módulo 3

Recolección de Datos



Objetivos del Módulo:

El equipo nacional de CNS-SIDA, al terminar la utilización del Módulo Técnico de Recolección de Datos, estará en capacidad de:

- ✘ Organizar la recolección de los datos
- ✘ Capacitar y supervisar a los participantes en la recolección
- ✘ Efectuar la gestión del acceso a datos
- ✘ Verificar calidad de los datos recabados

Introducción

El trabajo de campo siempre encierra contingencias e imprevistos. Las investigaciones sobre aspectos financieros, normalmente encaran informantes reservados, que necesitan algunas explicaciones y el aval de sus superiores para que puedan colaborar.

El presente módulo trata sobre la gestión del levantamiento de datos, y distingue cuatro pasos básicos del proceso encaminados a lograr el conjunto más completo de datos, de la mejor calidad posible, dentro de los márgenes de tiempo y costo que fueron programados: capacitación de personal de campo, gestión de acceso a la información, supervisión del trabajo de campo y control de la calidad de los datos.

La recolección de datos entre las organizaciones mayores, que ya están representadas en el grupo interinstitucional, puede ser menos complejo que, por ejemplo, la visita a un conjunto de entidades de tamaño menor, como organizaciones sin fines de lucro (OSFL) y proveedores privados de servicios (hospitales, clínicas), que quizás tengan un representante dentro del grupo interinstitucional, sin que ello garantice que tengan toda la información, que estén de acuerdo en participar, o que hayan dejado de tener reservas en compartir la información.

Muchas veces esto depende de la calidad del personal de campo, de su identificación con los objetivos del estudio, su destreza en el manejo de los instrumentos y las relaciones con las personas que le habrán de proporcionar acceso a los datos. Por ello, dentro de este módulo, el mayor énfasis lo recibe el factor humano que debe recibir información inicial, supervisión durante el proceso y control del producto, al final del trabajo de campo.

3.1

Capacitación de Personal de Campo

La organización del proceso de recolección de datos requiere definir cómo se distribuirá el recurso humano para cubrir los componentes de información del estudio. Como a cada componente le corresponden determinados instrumentos de investigación, es lógico que la capacitación del personal de campo tendrá un énfasis especial en el contenido de las preguntas, las matrices y los elementos de interés para el observador.

Sin embargo, otros aspectos deben formar parte del proceso de capacitación. Se propone cubrir estos puntos generales:

- ⌘ Objetivos y resultados esperados de la investigación
- ⌘ Calendario de recolección de información y actividades de supervisión
- ⌘ Definiciones operacionales
- ⌘ Como presentarse, cómo presentar a la entidad auspiciadora y al estudio de CNS-SIDA
- ⌘ Secciones del instrumento: contenido y propósito de cada cual
- ⌘ Cómo presentar las preguntas, o en caso de revisión documental, qué información buscar
- ⌘ Cómo anotar las respuestas, o en caso de revisión documental, como clasificar los datos en las matrices.
- ⌘ Recomendaciones para un cierre efectivo de entrevista o visita de documentación
- ⌘ Instrucciones sobre la presentación de boletas para crítica de calidad de los datos

Es evidente que la extensión de este contenido dependerá en gran medida del perfil del recurso humano que levante la información. Si se trata de personal con entrenamiento y experiencia en investigación en salud, probablemente deba hacerse más énfasis en la lógica y terminología contable; si se trata de personal con entrenamiento y experiencia en la investigación y el análisis financiero, deberán abordarse términos y conceptos relativos a la historia natural, prevención y tratamiento del SIDA.

En todos los casos, es importante conversar con el personal de campo y advertir sobre las consecuencias negativas que cualquier expresión cargada de prejuicio, discriminación o estigmatización podría tener para la viabilidad del estudio. Si el grupo tiene oportunidad de cuestionarse en sus creencias y opiniones, y sobre esa autocrítica define el comportamiento adecuado, el ejercicio puede ser más efectivo que una arenga sobre la corrección o incorrección política de determinadas expresiones.

3.2

Gestión del acceso a la información

Las visitas a instituciones para recolección de datos deben ir precedidas por comunicaciones escritas a los directivos, en las cuales se exponga el propósito del estudio, las actividades preparatorias y de información, así como el respaldo del grupo interinstitucional de apoyo. Estas notificaciones deben precisar además quién y cuándo se propone que visite la institución. Se puede ofrecer al destinatario de la nota, realizar los cambios en tiempo o persona que él demande, agradeciendo que lo haga con suficiente anticipación.

En dependencias públicas o unidades descentralizadas, esta solicitud de cooperación puede tener mayor efectividad si se acompaña por comunicación escrita de una autoridad de nivel superior. Por ello, la búsqueda de información en las secretarías o ministerios de salud, institutos de seguridad social y otras organizaciones de alcance nacional, debe ir precedida por contacto con las autoridades superiores, a quienes se solicitará aval y respaldo al proyecto, bajo la forma concreta de una nota de recomendación para que las dependencias y unidades descentralizadas provean el acceso a los datos.

Con resultados similares, pero mecanismos distintos, la gestión de información es efectiva cuando se dirige a entidades que promueven la coordinación entre organizaciones en lucha contra el SIDA. Con el respaldo de las personas que encabezan dicha “coordinadora”, “grupo temático” o “asociación de sectores” en lucha contra el SIDA, se puede obtener respaldo escrito para solicitar la información a proveedores privados no lucrativos y lucrativos de servicios de prevención y tratamiento de VIH/SIDA.

La información sobre cooperación internacional puede encontrarse, en buena proporción, en centros de coordinación de organismos internacionales. En el Sistema de Naciones Unidas se cuenta con ONUSIDA, donde podría encontrarse información sobre proyectos, entidades ejecutoras y composición del financiamiento. Adicionalmente, algunos países cuentan con formas de “coordinación interagencial” en las que sería conveniente presentar el estudio y solicitar el acceso a la información relevante.



¿Cuánto cuestan los servicios que los proveedores privados lucrativos prestan a enfermos de SIDA? ¿Cuántas personas reciben esquemas terapéuticos de SIDA en la práctica privada? ¿Cómo están estructurados los costos de la atención en estos servicios?

La gestión de información enfrenta severos desafíos al tratar de establecer cifras de servicios y recursos en transacciones del sector privado lucrativo. El diseño original del estudio, quizás contando con el apoyo de un representante del gremio médico en el grupo interinstitucional, previó recoger los datos directamente en los establecimientos prestadores de servicios; sin embargo, ahora se niega acceso a la información, invocando el derecho de confidencialidad del paciente. En tales casos, la alternativa consiste en organizar un proceso Delphi, combinando cuestionarios y mesas de discusión entre expertos tratantes de la práctica privada, a fin de establecer el protocolo típico de cada función de servicio, el número de pacientes bajo esos esquemas, el precio promedio en el sector privado y con esos datos, integrar la estimación de los gastos de bolsillo en tratamientos brindados por proveedores del sector privado lucrativo. En algunos países, un procedimiento alternativo puede ser la combinación de Encuestas en Profundidad y Grupos Focales, para conocer los patrones de gasto de personas afectadas.

3.3

Supervisión del trabajo de campo

Dentro de la programación del trabajo de campo, es conveniente incluir actividades de verificación del avance en diferentes componentes de recolección de datos. Además de precisar si el flujo de información corresponde a las previsiones del calendario de trabajo, esta toma de contacto con el personal de campo debe servir para verificar que el registro de la información es claro y preciso, cuenta con descripción de la fuente y las cifras son suficientes para verificar la consistencia de la información.

La supervisión cumple, por lo menos tres propósitos (tabla 4.1). El primero consiste en corregir sobre la marcha algunos errores de procedimiento, antes de que se generalicen a lo largo del trabajo de campo. Un segundo propósito consiste en identificar vacíos de información que se están presentando repetidamente entre diversos informantes; ello puede obligar a una planificación alternativa para cubrir el segmento de información (Como ejemplo, puede citarse la información sobre la distribución de los gastos de recurso humano por tipo de servicio; muchas organizaciones no registran la *distribución del gasto*, pero pueden informar sobre la *distribución del tiempo* del personal).

Un tercer objetivo de la supervisión consiste en atender cuestiones que exigen tomar decisiones sobre la marcha. Si hay un supervisor que atienda estas cuestiones, el personal de campo no se verá forzado a introducir variantes que, al multiplicarse por el número de encuestadores, conduzcan a un grado de heterogeneidad en los criterios, poco manejable.

TABLA 4.1. LISTA DE VERIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DE CAMPO

✓	<i>Los informantes comprenden el propósito del estudio</i>
✓	<i>Existe buena relación hacia/entre el personal de campo</i>
✓	<i>Se ha proporcionado acceso a datos satisfactoriamente</i>
✓	<i>El registro de datos es claro, completo y consistente</i>
✓	<i>La recolección avanza según lo programado</i>



No existen quejas sobre el personal de campo

3.4

Control de calidad de los datos

Al cierre de la recolección de datos, es necesario reunirse con cada encuestador para hacer la crítica de instrumentos de entrevista y vaciado de datos. Esta actividad es muy importante, pues cualquier vacío o distorsión de información es más fácil de corregir en este período que cuando se está revisando las salidas del procesamiento de datos.

Por simple inspección del formulario, se pueden identificar espacios en blanco, tachaduras y anotaciones ilegibles. Además de esta revisión –de suyo importante- es preciso incorporar a los instrumentos, fijar en los instructivos y aclarar en la capacitación de encuestadores, que existen puntos de verificación de la calidad de los datos. Algunos elementos que facilitan este chequeo cruzado son:

- ⚠ **Los totales y subtotales de las matrices.** Las matrices que clasifican el gasto por funciones de servicio de salud, y las que lo hacen por tipo de proveedor o usuario, deberían coincidir en los totales. Si la organización cubre tanto la prevención como el tratamiento (además de la administración, la formación de capital e ítems de memorándum), esos diferentes subtotales deben coincidir entre matrices que siguen distintas clasificaciones del mismo ciclo presupuestario.
- ⚠ **La relación entre volumen de servicios y monto de gastos.** Es conveniente que los instrumentos recojan, además de las cifras de ejecución de fondos de la entidad, la previsión o certificación de los servicios prestados con esos recursos. Aunque esto puede presentar dificultades en temas específicos, por regla general debe incorporarse la información de producción de la entidad, pues la división gastos/servicios favorece la identificación de datos aberrantes en los cuestionarios.
- ⚠ **La comparación de rubros para años diferentes.** Cuando el estudio cubre más de un período, la comparación entre períodos puede ofrecer un medio de identificar saltos bruscos en alza o baja. Si no existe explicación para tales variaciones, pueden

señalarse para una rápida investigación telefónica que permita, desde la fuente, comprobar la plausibilidad o credibilidad del dato.

Después de verificar la calidad de los datos recolectados, su consistencia y suficiencia para la estimación, iniciará la fase de procesamiento. Sin embargo, la búsqueda de datos –aún de fuentes secundarias- puede continuar durante el análisis y la interpretación de hallazgos, para completar los aspectos menos asequibles de la estimación.

Como parte de la estrategia de recolección, es posible y hasta deseable involucrar, como personal de campo, a las contrapartes institucionales nombradas durante la fase de recolección y montaje. La supervisión deberá adaptarse a este caso, dado que se reducen las preocupaciones en torno a la intrusividad del personal de campo, y aumentan las relacionadas con la plausibilidad de los datos y el avance conforme cronograma.

Módulo 4

Procesamiento de Datos



Objetivos del Módulo:

El equipo nacional de CNS-SIDA, al terminar la utilización del Módulo Técnico de Recolección de Datos, estará en capacidad de:

- ✘ Evaluar la consistencia de los datos recolectados
- ✘ Organizar y supervisar el ingreso de datos depurados
- ✘ Integrar las matrices CNS y específicas de VIH/SIDA
- ✘ Identificar vacíos de información y limitaciones de la recolección

Introducción

El procesamiento de datos puede iniciar desde que llega la primera información recolectada. En ese momento, es preciso tener definidos los recursos y procedimientos que se utilizarán para organizar, depurar y sistematizar la información.

El ingreso primario de datos puede hacerse en un programa de hojas electrónicas. Se deberá preparar con anticipación los cuadros para el vaciado de los instrumentos. Las hojas electrónicas primarias deberán registrar la misma información que los instrumentos.

Después viene el proceso de elaborar las hojas electrónicas de resumen, dentro del mismo libro de la estimación. Se sugiere separar una hoja de resumen por cada categoría de las matrices, por ejemplo, si se trata de fuentes, utilizar una hoja de resumen para la cooperación internacional, en la cual se vincule la información de las hojas primarias de los organismos y ONG internacionales que aportaron información al estudio.

Finalmente, el proceso de integración de las matrices, que en cierta forma constituye una prueba definitiva para la estimación. Emergen preguntas, vacíos, duplicaciones, que no se sospechaban cuando aún no se había combinado las diversas fuentes de

información, cada una con su propia lógica de registro, catalogación y consolidación de los datos.

Las matrices, tan completas como se pueda con los datos recopilados, cierran esta fase de procesamiento con una lista de observaciones sobre las cosas que no cuadran, los datos que faltan, las distribuciones de costo que es necesario hacer, como parte del análisis y la interpretación de datos.

4.1

Preparación de hojas electrónicas

Este paso consiste en diseñar el archivo de datos donde se vaciará la información recopilada. El archivo puede ser creado en distintos paquetes computacionales, pero se recomienda que sea un manejador de libros electrónicos capaz de soportar varias hojas de trabajo. Se utilizarán (y deben prepararse) tres tipos de hojas electrónicas para el procesamiento:

- ✂ ***Hojas de Datos Primarios*** (una por informante): Estas hojas electrónicas coinciden, en su composición y formato, con los instrumentos de recolección. Es necesario hacer, dentro del mismo archivo, tantas copias del instrumento como entidades han sido visitadas. Para las instituciones con muchas dependencias (como las Secretarías o Ministerios de Salud) es conveniente preparar un archivo independiente que tenga, en cada hoja, una de las dependencias de la institución.
- ✂ ***Hojas de Resumen*** (una por categoría): Dentro del libro donde se hará la estimación de matrices es necesario crear hojas de resumen para las diferentes categorías.
- ✂ ¿Cuál es el contenido típico de las hojas resumen? Contienen una columna para cada organización contenida en la clasificación (en el ejemplo anterior, para OSFL habrá 3 columnas) y una columna de totales. En las filas habrá distintas clasificaciones del gasto:
 - Por origen de los recursos

- Por tipo de proveedor que recibió los recursos
- Por función de servicio prestado
- Por tipo de usuario al que se dirigieron los servicios
- Por zona geográfica en la que se realizó el gasto

⚠ Matrices CNS/SIDA: La información primaria por entidad y resumida por tipo de agente es finalmente consolidada en las matrices principales de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. Las matrices son formas convencionales de agrupar la información sobre el origen de los fondos, su asignación a proveedores, funciones de atención, grupos meta y objetos de gasto. Se integran con los totales de las columnas de las hojas resumen. En las páginas siguientes se muestran las matrices básicas para la integración de información.

TABLA 5.1. MATRIZ 1. FLUJO DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO A FUNCIONES DE ATENCIÓN EN VIH/SIDA

Funciones de Atención	Públicas			Privadas					Externas		
	Gobierno Central	Gobierno Subnacional	Seguridad Social	Seguros Sociales	Seguros Privados	ONG	Hogares	Empresas	Multilaterales	Bilaterales	Privadas
Salud Personal											
Tratamiento											
Hospitalario											
Ambulatorio											
Domiciliario											
Mitigación											
Servicios de apoyo											
Pruebas DX											
Monitoreo PVVS											
Traslado de pacientes											
Bienes no duraderos											
ARV											
Otros medicamentos											
Otros bienes											
Ortopédicos y otros equipos											
Salud Pública											
Salud Pública											
Vigilancia Epidemiológica											
IEC											
Prevención											
Condomes											
Tx ITS											
Perinatal											
Jeringas											
Bancos de Sangre											
Administración											

Funciones de Atención	Públicas			Privadas					Externas		
	Gobierno Central	Gobierno Subnacional	Seguridad Social	Seguros Sociales	Seguros Privados	ONG	Hogares	Empresas	Multilaterales	Bilaterales	Privadas
GASTO CORRIENTE											
Inversión											
Infraestructura											
Equipamiento											
GASTO TOTAL											
Ítems de Memorándum											
Capacitación de personal											
Investigación y desarrollo											
Beneficios en especie a PVVS											
Beneficios en dinero a PVVS											
Organización y Empoderamiento											
Diálogo político											

TABLA 5.2. MATRIZ 2. FLUJO DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO A PROVEEDORES DE BIENES Y SERVICIOS EN VIH/SIDA

Destino de los Fondos	Públicas			Privadas					Externas		
	Gobierno Central	Gobierno Subnacional	Seguridad Social	Seguros Sociales	Seguros Privados	ONG	Hogares	Empresas	Multilaterales	Bilaterales	Privadas
Salud Personal											
Tratamiento											
Hospital											
Centro ambulatorio											
Consultorio											
Alternativos											
Servicios Auxiliares											
Centros de Diagnóstico											
Otros serv. Auxiliares											
Farmacias											
Otros proveedores de bienes											
Salud Pública											
Programas ITS/VIH/SIDA											
Entes de Promoción y Prevención											
Aseguramiento											
Seguridad Social											
seguro social privado											
Seguro privado											

TABLA 5.3. MATRIZ 3. FLUJO DE PROVEEDORES SERVICIOS A FUNCIONES DE ATENCIÓN EN VIH/SIDA

Funciones de Atención	Tratamiento				Centros de Diagnóstico	Otros serv. Auxiliares	Farmacias	Otros proveedores de bienes	Salud Pública		Aseguramiento		
	Hospital	Centro ambulatorio	Consultorio	Alternativos					Programas ITS/VIH/SIDA	Entes de Promoción y Prevención	Seguridad Social	seguro social privado	Seguro privado
Salud Personal													
Tratamiento													
Hospitalario													
Ambulatorio													
Municipal													
Investigación													
Servicios de apoyo													
Pruebas DX													
Monitoreo PVVS													
Aislamiento de pacientes													
Bienes no duraderos													
Equipos													
Medicamentos													
Otros bienes													
Ortopédicos y otros equipos													
Salud Pública													
Salud Pública													
Vigilancia Epidemiológica													
Investigación													
Prevención													
Vacunaciones													
ITS													
Prevencción perinatal													
Infecciones de transmisión sexual													
Infecciones de Sangre													

Funciones de Atención	Tratamiento				Centros de Diagnóstico	Otros serv. Auxiliares	Farmacias	Otros proveedores de bienes	Salud Pública		Aseguramiento		
	Hospital	Centro ambulatorio	Consultorio	Alternativos					Programas ITS/VIH/SIDA	Entes de Promoción y Prevención	Seguridad Social	seguro social privado	Seguro privado
Administración													
GASTO CORRIENTE													
Inversión													
Infraestructura													
Equipamiento													
GASTO TOTAL													
Items de Memorándum													
Capacitación de personal													
Investigación y desarrollo													
Beneficios en especie a PVVS													
Beneficios en dinero a PVVS													
Organización y Empoderamiento													
Diálogo político													

TABLA 5.4. MATRIZ 4. FLUJO DE FUNCIONES DE ATENCIÓN PREVENTIVA A GRUPOS META EN VIH/SIDA

Tipo de Servicio	Grupos Núcleo			Grupos Accesibles			
	HSH	TCS	UDI	NTV	TMT	PPL	FAP
Subprograma prevención							
Condomes							
Tratamiento Sindrómico de ITS							
Perinatal							
Jeringas							
Bancos de Sangre							

Referencias

HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
TCS	Trabajadoras comerciales del sexo
UDI	Usuarios de drogas inyectables
NTV	Niños en riesgo de transmisión vertical
TMT	Trabajadores migrantes temporales
PPL	Población privada de libertad
FAP	Fuerzas Armadas y Policía

TABLA 5.5. MATRIZ 5. FLUJO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS, CLASIFICACIÓN INSTITUCIONAL, A FUNCIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD PERSONAL

Funciones de Atención	Públicos			Privados		Externos
	Gobierno central	Descentralizados	Seguridad Social	No lucrativos	Lucrativos	
Salud Personal						
Tratamiento						
Hospitalario						
Ambulatorio						
Domiciliario						
Mitigación						
Servicios de apoyo						
Pruebas DX						
Monitoreo PVVS						
Traslado de pacientes						
Bienes no duraderos						
ARV						
Otros medicamentos						
Otros bienes						
Ortopédicos y otros equipos						

TABLA 5.6. MATRIZ 6. GASTOS EN FUNCIONES DE ATENCIÓN POR OBJETO DE GASTO

Función de Atención	Servicios Personales		Materiales y Suministros					Infraestructura y equipo			Servicios Generales					
	Personal de Salud	Resto de Personal	Medicamentos	Útiles Médico Quirúrgicos	Condomes	Reactivos y materiales	Alimentos	Resto de materiales	Construcciones	Equipo y mobiliario médico	Equipo y mobiliario no médico	Administrativos	Asesoría e Investigación	Mantenimiento	Hotelería, Viáticos y Transporte	Otros serv. Grales.
Salud Personal																
Tratamiento																
Hospitalario																
Ambulatorio																
Residencial																
Investigación																
Servicios de apoyo																
Exámenes DX																
Monitoreo PVVS																
Cuidado de pacientes																
Bienes no duraderos																
Medicamentos																
Otros bienes																
Ortopédicos y otros equipos																
Salud Pública																
Salud Pública																
Epidemiología																
Investigación																
Prevención																
Condomes																
ITS																
Infección																
Vacunas																

Función de Atención	Servicios Personales		Materiales y Suministros						Infraestructura y equipo			Servicios Generales				
	Personal de Salud	Resto de Personal	Medicamentos	Útiles Médico Quirúrgicos	Condomes	Reactivos y materiales	Alimentos	Resto de materiales	Construcciones	Equipo y mobiliario médico	Equipo y mobiliario no médico	Administrativos	Asesoría e Investigación	Mantenimiento	Hotelería, Viáticos y Transporte	Otros serv. Grales.
Pruebas de Sangre																
Administración																
GASTO CORRIENTE																
Inversión																
Infraestructura																
Equipamiento																
GASTO TOTAL																
Items de Memorándum																
Capacitación de personal																
Investigación y desarrollo																
Beneficios en especie a PVVS																
Beneficios en dinero a PVVS																
Organización y Empoderamiento																
Diálogo político																

TABLA 5.7. MATRIZ 7. FLUJO DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO A PROGRAMAS PREVENTIVOS

Fuentes	Promoción		Prevención				TARV
	IEC	Mercadeo Social	TCS	HSH	UDI	PTV	
Públicas							
Gobierno Central							
Gobierno Subnacional							
Seguridad Social							
Privadas							
Seguros Sociales							
Seguros Privados							
ONG							
Hogares							
Empresas							
Externas							
Multilaterales							
Bilaterales							
Privadas							

Referencias

IEC	Campañas de información en medios de comunicación colectivos
TCS	Trabajadores/as sexuales comerciales
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
UDI	Usuarios de drogas inyectables
PTV	Prevención de la transmisión vertical
TARV	Acceso a anti-retrovirales

TABLA 5.8. MATRIZ AUXILIAR 1. CLASIFICACIÓN DEL GASTO DE PROVEEDORES SEGÚN LAS CLASIFICACIONES INSTITUCIONAL Y FUNCIONAL

Proveedores	Sector Público			Sector Privado		Externos
	Gobierno central	Descentralizados	Seguridad Social	No lucrativos	Lucrativos	
Salud Personal						
Tratamiento						
Hospital						
Centro ambulatorio						
Consultorio						
Alternativos						
Servicios Auxiliares						
Centros de Diagnóstico						
Otros serv. Auxiliares						
Bienes						
Farmacias						
Otros proveedores de bienes						
Salud Pública						
Programas ITS/VIH/SIDA						
Entes de Promoción y Prevención						
Aseguramiento						
Seguridad Social						
seguro social privado						
Seguro privado						

TABLA 5.9. MATRIZ AUXILIAR 2. ORIGEN DE LOS FONDOS PÚBLICOS EN RESPUESTA AL VIH/SIDA

Origen de los Fondos	Gobierno Central	Gobiernos Estatales y Municipales	Fondos de Seguridad Social
Deducción de impuestos			
Contribuciones sociales			
Contribuciones de patronos			
Contribuciones de trabajadores dependientes			
Contribuciones de trabajadores por cuenta propia			
Otras transferencias corrientes			
Transferencias corrientes dentro del gobierno			
Cooperación internacional corriente			
Transferencias corrientes diversas			
Transferencias de Capital			
Endeudamiento interno			
Endeudamiento externo			

El diseño de las matrices, hojas resumen y hojas de datos primarios es un paso que puede reducir bastante el tiempo de ingreso y procesamiento; sobre todo si las hojas quedan vinculadas de manera que el ingreso de nuevos datos permite la alimentación automática de las hojas de resumen y las matrices.

4.2

Ingreso de datos primarios

Las personas responsables de la digitación de datos contarán como insumo con las boletas ya sometidas a crítica y depuración, y con las hojas electrónicas preparadas de antemano. Su tarea consistirá en ingresar los datos correspondientes a cada entidad*, en la hoja de datos primarios. El mismo digitador será responsable de verificar que los datos anotados corresponden plenamente a los de la boleta de recolección.

Algunos elementos descriptivos de las entidades deben quedar registrados al inicio de la hoja de datos primarios, pues servirán para complementar la descripción de la respuesta social a la epidemia, uno de los capítulos que dan marco de referencia al informe. También se ingresarán los datos del informante, para no tener que volver a la boleta cada vez que un dato genere duda y se quiera consultar a la fuente.

La hoja de datos primarios deberá contener, como datos básicos:

- ⚠ Identificación de la entidad, ubicación y persona(s) responsables por la información recopilada.

* **Entidades** son las unidades estadísticas cuya información es compilada. Puede ser una unidad de observación de la que se compilan estadísticas, o una unidad analítica que los contadores crean dividiendo o combinando unidades de observación por medio de estimaciones o imputaciones, para proveer datos más detallados u homogéneos que de otra manera no sería posible obtener (OECD 2000. [A System of Health Accounts. Version 1.0](#) OECD Publications: París).

- ⌘ El tipo de organización a la cual pertenece la entidad examinada, utilizando según el caso, la clasificación de fuentes de financiamiento o proveedores, así como la clasificación por sector institucional.
- ⌘ La misión, visión, objetivos y zona de influencia de la organización.
- ⌘ El origen de los recursos de la organización, especialmente si son entidades proveedoras de servicio, pero también en el caso de las fuentes de financiamiento. Es importante detallar el monto de tales recursos de acuerdo con el destino previsto desde su origen, por funciones de atención, elementos de gasto o grupos meta, según sea el caso.
- ⌘ El destino de los recursos se detallará mediante tablas apropiadas. Si las entidades reportadas son fuentes de financiamiento, se detallará monto destinado a cada proveedor de servicios, cruzado contra la clasificación relevante en función de la cual se hizo el traslado de recursos: grupos meta, funciones de atención, objetos de gasto.
- ⌘ Cuando se trate de entidades proveedoras, la producción de servicios deberá ser consignada en unidades de medida pertinentes: días estancia, consultas, pruebas, de acuerdo con la función de atención que se esté reportando. Aparte, se deberá consignar los gastos efectuados en dicha producción, cruzando para el efecto las clasificaciones de servicios contra los objetos de gasto utilizados para la generación del servicio.

Al ingresar los datos, debe tenerse en cuenta estos puntos:

- ⌘ Cada dato debe tener una referencia específica a una fuente de información, ya que es probable que se empleen múltiples fuentes para la misma entidad.
- ⌘ Los vacíos de información, que requieren o provienen de estimaciones propias de los autores, deben hacerse notar; si el programa de cómputo seleccionado lo permite, bastará colorear las casillas vacías.
- ⌘ También debe registrarse, en el encabezado de cada tabla, el año de referencia de los datos, la unidad monetaria utilizada, y si las cifras están expresadas en términos corrientes del año, o si reflejan el poder adquisitivo constante respecto a un determinado año base.

- Finalmente, las hojas de datos primarios deben registrar la fecha en que los datos terminaron de ingresarse, y la fecha en que fueron revisados por el investigador principal.


4.3

Elaboración de Tablas Resumen

Las tablas resumen registran los gastos de diversas entidades que pertenecen a la misma clasificación como fuente de financiamiento o proveedor de servicios en VIH/SIDA. Algunos ejemplos:

- En la clasificación de fuentes de financiamiento, el primer grupo se refiere al gobierno central. Una tabla resumen de gobierno central podría contener la información del Ministerio de Salud y otros Ministerios que asignan recursos a SIDA, como los que tienen a su cargo los establecimientos de atención a fuerzas armadas, policía, población privada de libertad, establecimientos educativos y otros.
- En la clasificación de proveedores, los hospitales se encuentran al principio de la lista. Todos los establecimientos hospitalarios registrados durante la estimación ingresarían a la tabla resumen, de acuerdo con su clasificación institucional (gubernamentales, del seguro social, de instituciones sin fines de lucro, privados lucrativos y externos).

La elaboración de las tablas puede facilitarse si se crean vínculos entre las hojas de datos primarios y las tablas resumen, dentro de un mismo libro. Si las tablas fueron diseñadas con anticipación a la captura de datos, es necesario revisar los vínculos después de llenar las hojas de datos primarios, para verificar que las hojas efectivamente están compilando e integrando la información. En este paso se pueden ajustar las tablas resumen, al agregar una entidad que no incluimos ex ante, o cambiando la entidad a otra tabla, como resultado de una clasificación más adecuada.

 ***La integración de totales por medio de fórmulas que vinculan varias hojas electrónicas (una destreza útil para cumplir este paso) es un procedimiento generalmente explicado en los manuales y la ayuda contextual de los programas de cómputo.***

4.4

Integración de Matrices

Los pasos anteriores del procesamiento han servido para ordenar la información de cada entidad. Este paso consiste en llenar tablas cruzadas que reflejan las relaciones entre entidades. Puede ocurrir que no coincida el ingreso de cierta fuente que plantea un proveedor con el gasto en ese proveedor que la misma fuente reporta. Puede ocurrir que falten datos para “cuadrar” las relaciones entre los diversos sectores. Como parte de la fase de procesamiento, la integración de matrices es un primer intento por integrar los flujos en un total nacional de gasto. Sin embargo, será en la fase de análisis de datos cuando se completen cálculos y estimaciones necesarios para la integración final de las cuentas en VIH/SIDA.

- ⚠ ***Verificación de Vínculos.*** En el paso anterior se discutió la elaboración de tablas resumen, donde se presentó como posibilidad que los cuadros originalmente trazados cambiaran por adición, reubicación o eliminación de ciertas entidades. Algunas veces esta edición de tablas crea rupturas de vínculos en las matrices, por lo que es necesario verificar que las conexiones se mantienen, o bien, refrescar los vínculos para que reflejen los cambios.
- ⚠ ***Identificación de vacíos e inconsistencias.*** Las matrices integradas pueden presentar áreas donde no hay disponibles datos certificados. En otros casos, podría faltar coincidencia en la magnitud reportada por el emisor y el receptor del flujo financiero. Tales casos deben ser señalados y resumidos en un reporte que servirá al inicio de la fase de análisis e interpretación de datos.
- ⚠ ***Identificación de necesidades de estandarización.*** Tanto la información sobre el tipo y la cantidad de servicios producidos, como la información de ingresos y gastos de las entidades, podrá ser relacionada (sumada, porcentualizada, etc.) únicamente después de comprobar que está presentada en unidades comparables. Es probable que las entidades hayan reportado en unidades de servicio diferentes; también puede ocurrir que se hayan empleado distintas unidades monetarias o que éstas expresen valores constantes o corrientes. Cuando estas necesidades de

estandarización surjan, deberán agregarse al reporte para la fase de análisis, y romper el vínculo de esta información con las matrices agregadas.

⚡ Migración de los datos. Al principio de este módulo se planteó la posibilidad de ingresar los datos primarios en un programa computacional capaz de manejar libros de hojas electrónicas. Sin embargo, las matrices de cuentas –y otras herramientas analíticas- han sido desarrolladas como un programa especial por la Universidad de Harvard, y las representaciones de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID) pueden proveer información sobre cómo obtener un juego de manual y diskettes para la instalación del programa.



*Las organizaciones participantes en la elaboración y aplicación de las Cuentas Nacionales de Salud tienen con sitios institucionales en la Malla Mundial, que pueden consultarse sobre este y otros temas: **Data for Decision Making**: Department of Population and International Health . Harvard School of Public Health. En: <http://www.hsph.harvard.edu/ddm.html>. Partnership for Health Reform. En: <http://www.phrproject.com>.*

Apéndice A. Red de Hojas Electrónicas vinculadas

A causa de la necesidad de establecer vínculos entre las hojas electrónicas de datos primarios, hojas resumen y matrices, se crea una red de hojas electrónicas cuya complejidad es independiente del nivel de gasto en el país, pero que aumenta con el número de entidades financiadoras o proveedoras de servicios.

Si se cuenta con una tabla de clasificación de proveedores, es posible identificar las hojas resumen de proveedor que es necesario crear. En la tabla siguiente se incluye un ejemplo –no representativo o exhaustivo- de la lista de proveedores que corresponden a la clasificación de hospital. Estos establecimientos podrían incluirse en una hoja resumen, cuyos totales se integrarían a la línea “hospital” dentro de las matrices que contengan la clasificación funcional de proveedores, con el desglose requerido por funciones de atención, fuentes de financiamiento y clasificación institucional.

Si el número de proveedores en una determinada categoría de la clasificación institucional fuera muy grande, se podría hacer una hoja resumen específica para ellos. En el ejemplo, podría ser el caso de los hospitales de gobierno central.

TABLA 5.10. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PROVEEDORES

	Proveedor	Institución a la que pertenece	Clasificación funcional e institucional
1	Hospital de Referencia Nacional	Ministerio de Salud	Hospital, Gobierno central
2	Hospital Militar	Ministerio de la Defensa	Hospital, Gobierno Central
3	Hospital de la Policía	Ministerio del Interior	Hospital, Gobierno Central
4	Hospital de Infectología	Instituto de Seguridad Social	Hospital, Seguridad social
5	Hospital de enfermedad común	Instituto de Seguridad Social	Hospital, Seguridad Social
6	Hospital de Especialidades	Privado lucrativo	Hospital, Privado Lucrativo

La hoja resumen debe contener varios cuadros que cruzan las clasificaciones incluidas en las matrices (en las filas de las tablas) contra los diferentes establecimientos incluidos en la hoja resumen. Por ejemplo, la tabla resumen siguiente contiene en la columna de totales las celdas que serán transferidas a la matriz 2, flujo de fuentes de financiamiento a proveedores, y los totales en columna en la tabla resumen serían registrados en las columnas correspondientes a lo largo de la fila de "hospital".

TABLA 5.11. MATRIZ DE FUENTES DE FINANCIAMIENTO DENTRO DE LA HOJA RESUMEN DE HOSPITALES

Fuente de Financiamiento	Proveedor: Hospital				Total
	1	2	3	4	
Gobierno Central					
Gobierno regional/estatal					
Gobierno municipal/local					
Seguridad Social					
Seguros Sociales					
Seguros Privados					
ONG					
Hogares					
Empresas					
Multilaterales					
Bilaterales					
Privadas					

Esta lógica debe seguirse también para las otras matrices que consolidan el gasto de los proveedores por clasificación funcional. Además, la hoja resumen contendrá subtotales por clasificación institucional del proveedor, para alimentar las celdas correspondientes. En el ejemplo, sería necesario incluir el gasto en atención personal dentro de la matriz 5 (Gastos por tipo de tratamiento, según proveedor en la clasificación institucional) y trasladar subtotales de gasto a la matriz auxiliar 1 (Gasto de los proveedores según las clasificaciones funcional e institucional).

Para consolidar datos cruzados que no involucran el tipo de proveedor, como en el caso de la matriz 1, funciones de atención por fuente de financiamiento, las tablas de resumen deberán incluir subtotales para cada fuente, al final de las líneas de funciones

de atención, como se muestra en la tabla siguiente –que continúa los datos del ejemplo presentado con anterioridad. Para fines de ilustración, bastará con presentar dos funciones de atención, para el caso de los hospitales de la seguridad social.

TABLA 5.12. MATRIZ RESUMEN DE GASTO POR FUNCIONES DE ATENCIÓN, DIVIDIDO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO, DENTRO DE LA HOJA RESUMEN

Funciones de Atención	1	2	3	4	TOTAL
Tratamiento	0	0	0	0	0
Gobierno central	0	0	0	0	0
Gobierno estatal/regional	0	0	0	0	0
Hogares	0	0	0	0	0
Hospitalario	0	0	0	0	0
Gobierno central					0
Gobierno estatal/regional					0
Hogares					0
Ambulatorio	0	0	0	0	0
Gobierno central					0
Gobierno estatal/regional					0
Hogares					0

En el ejemplo se supone que los hospitales públicos operan con fondos de gobierno central, que también reciben aportes estatales y recuperan costos con aranceles a los usuarios. Las celdas donde hay ceros contienen fórmulas para sumar las diferentes fuentes que van hacia determinado tratamiento. La columna de totales trasladará a la matriz principal el gasto en, por ejemplo, tratamiento hospitalario, dividido en aportes de gobierno central, gobierno regional/estatal y hogares, correspondiendo con las columnas de fuentes para la fila de tratamiento hospitalario.



La consistencia de las hojas primarias implica que los totales de cada establecimiento coincidan en todas las clasificaciones: por fuente, por función de atención, por grupos meta. A nivel de matrices resumen, también deberá lograrse esa consistencia entre totales; sin embargo, en la fase de procesamiento de datos generalmente no se obtiene. Los datos que no cuadran deben ser reportados para identificar si se trata de vacíos de información o datos no coincidentes, y realizar las depuraciones, decidir entre fuentes discrepantes y estimar cifras faltantes.

Módulo 5

Análisis e Interpretación



Objetivos del Módulo:

El equipo nacional de CNS-SIDA, al terminar la utilización del Módulo Análisis e Interpretación, estará en capacidad de:

- ✘ Consolidar información en matrices sectoriales
- ✘ Estimar valores no disponibles para consolidar el flujo de gasto nacional en VIH/SIDA
- ✘ Calcular e interpretar indicadores de gasto en VIH/SIDA
- ✘ Identificar los hallazgos notables del estudio

Introducción

Esta fase de la estimación del gasto nacional para afrontar el VIH/SIDA es de la mayor importancia. El disponer de datos no garantiza que se extraiga de ellos la riqueza que portan. El “cierre contable” perfecto no es evidencia de éxito: es solamente la base para una interpretación comprensible, útil, aplicable a planeamiento y toma de decisiones, con base en la situación del financiamiento de las acciones contra el VIH/SIDA en el contexto epidemiológico, institucional y económico de la sociedad bajo estudio.

En esta fase, los datos organizados por entidades van a relacionarse, cumpliendo requisitos de ajuste y estandarización; de tales relaciones, se reconstruirá la distribución de las aportaciones nacionales e internacionales para combatir la epidemia, y la distribución del gasto entre los medios diversos que, en conjunto, reflejan la estrategia del país. Serán conocidas las condiciones de acceso de diversos grupos humanos, y la distribución funcional de tareas entre proveedores. Entonces, cobrará importancia la información de contexto, como medio de contraste para evaluar la pertinencia de la asignación que el gasto refleja, la eficiencia de los gastos en relación con el volumen de servicios entregados y la equidad del sistema de servicios en la distribución de los beneficios del gasto preventivo y de tratamiento.

Estimación de Servicios y Gastos

Durante la fase de procesamiento de datos se genera un reporte de vacíos de información, los cuales deben llenarse para completar el cierre de la estimación. Algunas veces no existe información registrada, certificada o suficientemente desglosada sobre una entidad; otras veces, la información está dispersa en demasiados lugares (por ejemplo, gasto privado y gasto descentralizado). En ciertos casos, la fuente no proveyó acceso a los datos. En todos estos casos, se tiene la opción de declarar “no disponible (n.d.)” el dato, o alternativamente, realizar el intento de estimarlo. El dato faltante puede ser una cifra de gasto o una cantidad de servicios; en todo caso, se presentan a continuación algunas posibilidades para realizar esas estimaciones.

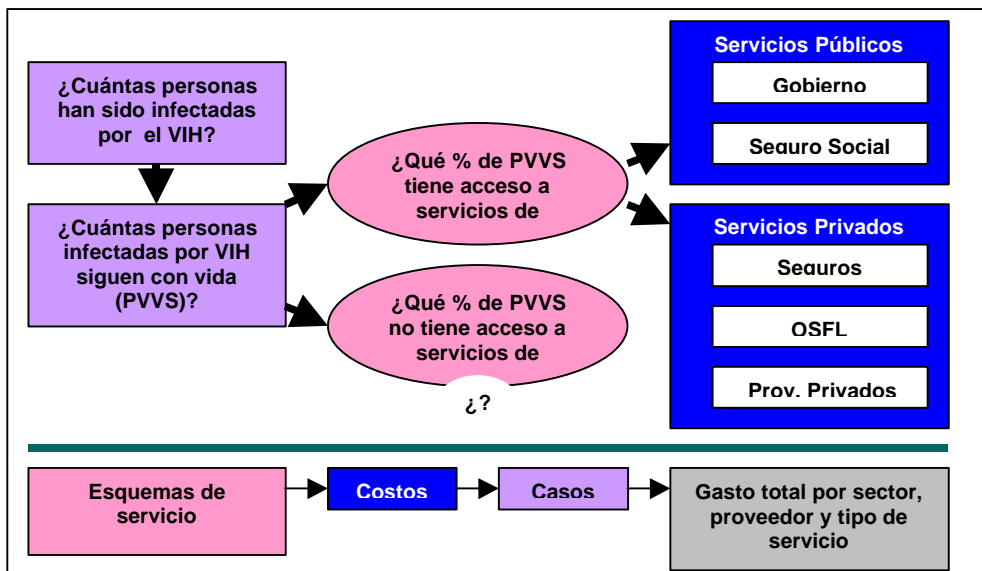
⚠ Conocido el volumen de servicios, estimar el gasto. En ocasiones se desconoce el gasto, aunque existe registro del volumen de servicios producido. La pieza faltante, para una buena estimación, es el costo medio de los servicios prestados. Es preferible un promedio histórico que una estimación del estándar. El costo medio por el volumen de servicios dará un valor aproximado del gasto. Si la estimación del costo del servicio (c) corresponde a un año diferente al de los servicios (q) que se busca valorar (v), el producto hallado ($v=c*q$) corresponderá a unidades monetarias del año a que corresponde el costo promedio. Llevarlo a unidades monetarias corrientes del año en que se produjeron los servicios forma parte del paso 2, ajuste y estandarización de datos. El proceso inverso es también admisible: conocido el gasto (v), se podría estimar la cantidad de servicios (q), siempre que se cuente con una estimación del costo de los servicios (c), mediante la forma: $q=v/c$.

⚠ Conocido el consumo previo, estimar el consumo actual. En ciertos casos, la información disponible no corresponde al año bajo estudio, pero se tiene una serie histórica que respaldaría la estimación puntual del consumo, utilizando por ejemplo, un ajuste de regresión por mínimos cuadrados. El resultado es una estimación “limpia”, en particular si no ocurrieron cambios bruscos en los factores que explican el volumen de consumo bajo análisis. Puede utilizarse en temas como: compras de

condones por usuarios directos, pruebas diagnósticas en laboratorios privados, y otros. En los casos en que no existe información histórica suficiente para hacer una estimación estadística, se debe recurrir a supuestos más o menos “arriesgados”; por ejemplo, si se conoce el índice de variación de algún período anterior, puede estimarse el dato suponiendo constante la tasa de cambio del consumo entre años. Es muy importante que todas estas decisiones “salomónicas”, supuestos y estimapuestas (guesstimates) sean documentadas para poder reconstruir la metodología de la investigación.

⚡ Conocido el número de pacientes, estimar su distribución por esquema de servicios. Es probable que algunos países no dispongan de los recursos necesarios para recolectar datos en cada entidad participante en el financiamiento o entrega de servicios en VIH/SIDA. En tales casos, puede recurrirse a una técnica de consulta estructurada a expertos. La técnica incluye cuestionarios y sesiones de intercambio, que tienen por objetivo determinar el gasto nacional en VIH/SIDA. El proceso que la gráfica ilustra, consiste en determinar cuántos pacientes están cubiertos por cada sector de servicios, el paquete básico que los cubre y los costos de dicho paquete. El resultado de combinar los pacientes por los servicios que reciben, a la estructura de costos de cada entidad, es una reconstrucción del gasto por sector, institución, tipo de servicios y, en el mejor de los casos, tipos de usuarios.

Ilustración 7. Consulta a expertos para la estimación de gastos en VIH/SIDA



⚡ **Estimaciones por sectores específicos.** Según características del país y condiciones de la epidemia, algunos países tendrán dificultades para conjuntar información sobre: gasto en VIH/SIDA de las fuerzas armadas; gasto directo de los hogares en tratamiento de SIDA (y su distribución); gasto de unidades descentralizadas (estadales o municipales), gasto de ONG (en particular, cuando un conjunto numeroso de estos está disperso y tiene bajo nivel de gasto). Las estimaciones, basadas en la lógica del esquema anterior (pacientes en el esquema, servicios que cubre, costos por servicio) pueden resolver temporalmente lo que hayan de cubrir futuras profundizaciones. Algunos de estos temas “espinosos” (como el gasto privado y descentralizado) serán tratados en extensiones de la metodología básica.

Ajuste y Estandarización de Datos

La información, finalmente, está completa. Algunos son datos primarios, otros secundarios, y otros –provisionales. La materia prima para el ensamble de la estimación global se ha completado. Ahora es necesario llevar todos los datos a unidades comparables, para su consolidación. Los ajustes a los datos pueden ser de varios tipos. En este apartado se mencionan los ajustes más frecuentes en este tipo de estimaciones. La mención de las técnicas de ajuste no pretende sustituir los textos disponibles en estadística o matemática financiera, apenas indican el camino para identificar y afrontar las discrepancias en la naturaleza de los datos.

⚡ **Gasto de salud.** El primer ajuste consiste en verificar que los montos registrados no contienen líneas de financiamiento que no puedan considerarse gasto en salud. En VIH/SIDA, algunas actividades importantes incluyen la visibilidad política de la epidemia, la defensa de derechos de las personas viviendo con VIH/SIDA y la promoción de redes de empoderamiento de trabajadoras y trabajadores del sexo. Estas actividades, de influencia positiva sobre la capacidad de atención a la epidemia y su prevención, no están dentro de los límites del gasto en salud. Por ello, se sugiere separar estos gastos, sin descartarlos, para agregarlos como “ítems de memorándum” cuya importancia se busca resaltar, sin por ello modificar el valor encontrado de gastos personales y totales de salud en VIH/SIDA.

⚡ Gastos compartidos. Los gastos administrativos, y algunos gastos en infraestructura, pueden ser compartidos por los subprogramas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA. Cuando se desea establecer el gasto en estos dos programas (o cualquier otra distribución), sin un rubro separado de gastos compartidos, se puede seguir la regla de asignar tales gastos de acuerdo con el peso porcentual de cada subprograma (ver Tabla 6.1).

TABLA 6.1. EJEMPLO DE DISTRIBUCIÓN DE COSTOS COMPARTIDOS ENTRE PROGRAMAS PRINCIPALES.

1	Suma de los programas principales	Prevención + Tratamiento=\$100
2	Peso de cada subprograma	Prevención= $\$25/\$100= 25\%$ Tratamiento= $\$75/\$100= 75\%$
3	Valor de los costos compartidos	\$40
4	Distribución de costos compartidos	Prevención= $\$40 * 25\% = \10 Tratamiento= $\$40 * 75\% = \30
5	Nuevas cifras de programas principales	Prevención= $\$25 + \$10 = \$35$ Tratamiento= $\$75 + \$30 = \$105$
6	Comprobación	Programas principales más costos compartidos = $\$100+\$40 = \$140$ Suma de programas ajustados por costos compartidos= $\$35+\$105= \$140$

⚡ Unidad monetaria. Los establecimientos oficiales y otros proveedores seguramente expresan sus ingresos y gastos en unidades monetarias del país. Otras fuentes, como las organizaciones sin fines de lucro y las agencias de cooperación, podrían estar expresando sus ingresos o gastos en moneda extranjera. Es necesario convertir todas las cifras en unidades monetarias extranjeras a la unidad monetaria oficial del país al que corresponde la estimación; más adelante quizás interesaría expresar el gasto total integrado en alguna divisa extranjera (por ejemplo, en dólares americanos); pero la conversión deberá realizarse sobre totales expresados en moneda del país. Para la conversión pueden distinguirse tres casos:

- El ingreso está expresado en divisa extranjera, pero también se conoce el gasto ejercido en moneda nacional. Se toma la cifra del gasto.

- o Se desconoce el gasto efectuado en moneda nacional, y los fondos provienen de un cooperante del Sistema de Naciones Unidas. En este caso, se utilizará el tipo de cambio promedio del Sistema de Naciones Unidas.
- o Se desconoce el gasto efectuado en moneda nacional y los fondos provienen de otros cooperantes. Debe utilizarse el tipo de cambio de la autoridad monetaria del país (generalmente, el Banco Central).

Cuando convertimos una cifra en divisa extranjera a moneda nacional, debemos reportar, en nota al pie del cuadro, la divisa original, el tipo de cambio utilizado y la fuente del parámetro de conversión.

⚠ Cifras corrientes y constantes. Algunos estimadores podrían encontrarse presentados en valor constante. Esto quiere decir que la cifra (por ejemplo, el costo unitario de un servicio) se presenta en unidades monetarias con el poder adquisitivo de un año de referencia (“en pesos constantes de 1995”); es como si los cambios de apreciación o depreciación de la moneda no hubiesen afectado al costo de los insumos del servicio, desde el año de referencia. Para poder sumar la cifra de gasto en términos constantes con las otras cifras que tenemos, es preciso hacer una conversión que incorpora a la cifra el efecto de los cambios en el valor de la moneda. El indicador de estos cambios se denomina “índice de precios al consumidor”, IPC. La autoridad estadística, monetaria o económica de cada país publica estas cifras en forma periódica. Para convertir los datos constantes a corrientes, es necesario multiplicar la cifra en valores constantes por la razón que se genera entre el IPC del año corriente entre el IPC del año base (ver tabla 6.2). Cuando se compara el gasto realizado en una serie histórica, se recomienda realizar el procedimiento inverso: convertir todos los valores a unidades monetarias constantes para eliminar el efecto de la inflación (motivo por el que se denomina al procedimiento “deflactación” de datos).

TABLA 6.2. EJEMPLO DE CONVERSIÓN DE VALORES CONSTANTES A CORRIENTES.

1	Cifra en unidades monetarias constantes de 1995		250
2	Índice de precios al consumidor en 1995		400
3	Índice de precios al consumidor en el año corriente (1999)		500

4	Factor de conversión a precios corrientes	=500/400	1.25
5	Cifra en unidades monetarias corrientes de 1999	=250X1.25	312.50
6	Pérdida de poder adquisitivo por cada unidad monetaria entre 1995-1999	=1-(1/1.25)	0.20
7	Pérdida de poder adquisitivo en 312.5 unidades monetarias	=312.5X0.20	62.50
8	Comprobación: cifra en valor corriente menos pérdida de poder adquisitivo = cifra en valor constante	=312.50-62.50	250

⚠ Precios de productor y precios de mercado. En el momento de la recolección de los datos es de suma importancia establecer si el precio está a “costo de factores” o precio de producción, o si la cifra expresa los precios de mercado, es decir, si puede estar afectada por impuestos y subsidios. Un ejemplo notable en las estimaciones de gasto en VIH/SIDA se encuentra en el gasto en condones. Es probable que estemos combinando costos de condones que vienen de cooperación externa a entidades sin fines de lucro, con condones que se distribuyen a través de farmacias, quioscos, etc. La diferencia es relevante si a través de una cadena de distribución, los condones pagan impuestos y por otra no; si a través de una cadena de distribución reciben subsidio público y por otra no. Los subsidios y los impuestos son transferencias de gobierno hacia o desde los consumidores; por tanto, podría ser una distorsión importante si los precios expresados a costo de factores se combinaran con precios donde están incluidos impuestos y subsidios de gobierno. Cuando la información es insuficiente, es preferible expresar todo a precios de mercado; sin embargo, el esfuerzo idóneo consiste en deslindar de dónde provienen los aportes del financiamiento de bienes y servicios de salud, lo cual queda más claro al expresar la diferencia del consumo a costo de factores y a precios de mercado.

⚠ Paridad del poder de compra. Como fuera mencionado, se acostumbra expresar en alguna divisa extranjera, como el dólar, las cifras encontradas, permitiendo así la comparabilidad internacional de los datos. Esta conversión supone que el tipo de cambio de moneda nacional a extranjera reflejará las diferencias en el poder de compra de las dos unidades monetarias. Esto no es necesariamente cierto, y con frecuencia, existen distorsiones importantes entre la tasa de conversión de la

moneda y el poder adquisitivo interno de la misma. Son factores explicativos de estas distorsiones –sin que la lista sea exhaustiva- la estructura de salarios del país, la relación de precios entre artículos transables y no transables, el nivel de inflación de fuente no cambiaria y los términos de intercambio en el comercio internacional. Los organismos financieros internacionales han encontrado de gran utilidad establecer una medida común para que los países reflejen el valor de su producción y el ingreso per cápita en unidades comparables de poder adquisitivo: la paridad del poder de compra. Estas cifras se publican en los informes del desarrollo humano de PNUD y Banco Mundial. Si se conoce un valor cualquiera (ingreso per cápita, PIB o PNB) expresado en dólares y en unidades de paridad del poder de compra, se puede construir un factor de conversión para llevar las tablas en dólares a unidades de paridad del poder de compra (conocidas como PPP, abreviatura de *purchase power parity*). Al multiplicar el gasto en EUA dólares por el cociente del PNB en PPP entre el PNB en EUA dólares, se obtiene el gasto en PPP, como muestra la tabla siguiente.

TABLA 6.3. EJEMPLO DE CONVERSIÓN A UNIDADES DE PARIDAD DEL PODER DE COMPRA

1	Gasto en EUA (millones de) dólares		20
2	PNB en EUA \$ (miles de millones)		120
3	PNB en PPP (miles de millones)		45
4	Factor de conversión EUA\$ a PPP	=45/120	0.375
5	Gasto en (millones de) PPP	=20 X 0.375	7.5
6	Comprobación:		
	Porcentaje del gasto en EUA (millones de) dólares sobre el PNB en EUA (millones de) dólares	=20/120,000	0.02%
	Porcentaje del gasto en (millones de) PPP sobre el PNB en EUA (millones de) dólares	=7.5/45,000	0.02%

Estos ajustes nos han permitido:

- ⚠ Diferenciar los gastos de salud en respuesta al SIDA y los gastos relacionados con la respuesta al SIDA pero no considerados gastos en salud;

- ⌘ Expresar todas las cifras financieras en una sola unidad monetaria, que se recomienda sea, en principio, la moneda nacional;
- ⌘ Diferenciar las cifras que expresan el valor corriente de la moneda de las que reflejan el poder adquisitivo constante de un año de referencia;
- ⌘ Diferenciar los bienes y servicios que forman el destino final del gasto en VIH/SIDA, según se expresen a precios de productos o a precios de mercado;
- ⌘ Expresar en otras divisas o en unidades de paridad del poder de compra, las cifras del gasto en respuesta a VIH/SIDA, para facilitar la comparabilidad internacional.
- ⌘ Las cifras ya admiten una lectura completa, favorecida por la construcción de indicadores y la interpretación final de los resultados.

Construcción y análisis de indicadores

Los estudios de financiamiento en respuesta al VIH/SIDA persiguen como finalidad evaluar críticamente la equidad y la eficiencia del gasto. Por ello, los datos generados durante esta estimación necesitan combinarse con otros datos económicos, geográficos, demográficos, de sistemas de salud y epidemiológicos, construyendo indicadores complejos y útiles para la toma de decisiones sobre estrategias, intervenciones y propuestas. El punto de partida, sin embargo, consiste en organizar los datos generados mediante el estudio, en indicadores sencillos que expresan la composición del origen y la distribución por destino final, de los gastos para afrontar la epidemia del SIDA.

- ⌘ **Indicadores de la composición del financiamiento y el gasto.** Los indicadores más evidentes son los que relacionan las cifras particulares a las entidades, programas, proveedores y usuarios, con la cifra de gasto total en VIH/SIDA. Las combinaciones más ilustrativas, más útiles para la interpretación de resultados, corresponden a las circunstancias propias de cada país. La tabla 6.4 ilustra distintos tipos de indicador que utiliza únicamente datos internos a la estimación, para reflejar el peso de entidades que conforman el origen y destino de los fondos para afrontar el SIDA.

TABLA 6.4. EJEMPLOS DE INDICADORES BASADOS EN CIFRAS DE LA ESTIMACIÓN

Origen de los recursos	Destino de los recursos	Origen y destino
Peso porcentual del gasto por fuente pública, privada e internacional.	Peso porcentual del gasto por programa principal (incluye gastos compartidos)	Gasto público en prevención por subprograma
Gasto nacional en VIH/SIDA, del cual: Público, 34% Privado, 48% Externo, 18%	Gasto nacional en VIH/SIDA, del cual: Prevención, 26% Tratamiento, 68% Administración, 6%	Gasto público en prevención del VIH/SIDA, del cual Información, Educación y Comunicación, 30% Distribución de condones, 24% Bancos de Sangre, 22% Distribución de Jeringuillas, 0% Tx a embarazadas VIH(+), 24%

⚠ Indicadores que reflejan cambios en el tiempo. Cuando la estimación abarca más de un período anual, es posible efectuar comparaciones entre años. Se puede comparar el gasto total, la contribución al gasto de diversas fuentes, el cambio en la importancia de un servicio, un programa o un conjunto de usuarios, y los cambios en la orientación de los gastos a favor de la prevención o el tratamiento. Todos estos indicadores requieren, como fue mencionado, que las cifras estén expresadas en valores constantes, para evitar errores de interpretación por el efecto de la inflación entre un año y otro. Asumiendo que las cifras están expresadas en términos constantes, la comparación puede utilizar, cuando menos, tres indicadores: el **índice de variación**, que recoge el cambio total en el período y permite llevar cualquier valor previo al valor posterior (por ejemplo, al llevar a dólares la cifra del año previo, multiplicada por el índice de crecimiento, da la cifra en dólares del año posterior); el **incremento porcentual**, que expresa como proporción la diferencia entre un año y otro (aunque en el ejemplo de la tabla 6.5 se calcula con base en el año previo, también puede tomarse como base el año posterior); y la **tasa de crecimiento**, que expresa el promedio geométrico de crecimiento anual para períodos mayores a dos años consecutivos; en el ejemplo, el período es de cuatro años.

TABLA 6.5. EJEMPLO DE INDICADORES DE VARIACIÓN EN EL TIEMPO

		Gasto 1995=	1,200
		Gasto 1998=	1,800
		Gasto 1999=	2,000
1	Índice de variación	$=(\text{Gasto 1999}/\text{gasto 1998}) \times 100$	111%
2	Incremento porcentual	$=(\text{Gasto 1999}-\text{Gasto 1998}) / \text{Gasto 1998}) \times 100$	11%
3	Tasa de crecimiento	$= ((\text{Gasto 1999} / \text{Gasto 1995})^{-1/4}) - 1$	13.62%

⚠ Indicadores que relacionan producción y gasto. Se ha insistido con anterioridad en la conveniencia de complementar la información financiera con datos de la producción de servicios correspondiente al gasto ejercido. La comparación de los datos de producción y gasto (con indicadores de **costo medio por tipo de servicio**) entre entidades públicas y privadas, por ejemplo, o entre lucrativas y sin ánimo de lucro, puede arrojar valores interesantes para analizar comparativamente la eficiencia del gasto. Cabe, sin embargo, hacer una advertencia: se deben guardar reservas en la comparación de costos medios entre entidades, mientras se carezca de información sobre la equivalencia en los protocolos de atención. En otras palabras, algunos establecimientos podrían tener costos medios más bajos por una menor calidad en los servicios que prestan; a la vez, otros establecimientos podrían tener costos medios más altos no por mejor calidad sino por mayores gastos de “hotelería”. Por lo tanto, solamente podemos afirmar que una entidad presenta una utilización más eficiente de recursos cuando tenemos información sobre el alcance de los bienes y actos médicos involucrados en el servicio utilizado para comparación.

⚠ Indicadores que relacionan volumen de gasto con población atendida. Los indicadores de gasto per cápita pueden ser de dos tipos: los que relacionan el gasto total con la población oficialmente asignada a la entidad (en la seguridad social: gasto por persona afiliada) y los que relacionan el gasto total con la población cubierta con los servicios en los que se consumió dicho gasto. El primero, que es un indicador general, es una medida que permite especular si, aún redistribuyendo el gasto entre componentes y programas, se tendría financiamiento suficiente. El segundo, específico del grupo meta alcanzado, es una medida del peso financiero que representa la cobertura de un nuevo usuario de servicios, y puede utilizarse en

combinación con las proyecciones epidemiológicas del SIDA. Este tipo de indicadores puede resultar exigente en datos sobre poblaciones específicas: número de trabajadoras del sexo, de hombres que tienen sexo con hombres, de personas privadas de libertad, de usuarios de drogas inyectables, etc. Si el dato no existe, el indicador podría invitar a realizar arriesgadas especulaciones sobre el total de usuarios potenciales, para compararlo con el volumen de financiamiento actualmente asignado. También se utiliza el gasto per cápita en VIH/SIDA, que relaciona el gasto total en respuesta a la epidemia con la población total del país.

⚠ Indicadores que relacionan gasto en VIH/SIDA con otras estimaciones de gasto. Un conjunto de indicadores ampliamente utilizado en relación con las estimaciones de cuentas nacionales puede aplicarse igualmente a los gastos en VIH/SIDA. Se refiere a la comparación con el gasto nacional de salud, con el gasto social y con el PIB, entre otros. Estos indicadores nos permiten dimensionar el peso que el financiamiento hacia VIH/SIDA está obteniendo dentro del sistema de salud, que en unos casos manifestará déficit en el financiamiento de la respuesta social, y en otros, un crecimiento alarmante de los gastos dirigidos hacia VIH/SIDA en relación con el crecimiento del gasto total en salud.

TABLA 6.6. EJEMPLO DE INDICADORES QUE RELACIONAN GASTOS EN VIH/SIDA CON ESTIMACIONES DE GASTO EN SALUD

1	Gasto en VIH/SIDA, como porcentaje del PIB	$= (\text{GNVS}/\text{PIB}) \times 100$
2	Gasto en VIH/SIDA como porcentaje del Gasto Nacional en Salud	$= (\text{GNVS}/\text{GNS}) \times 100$
3	Gasto público en VIH/SIDA como porcentaje del gasto público en salud	$= (\text{GPVS}/\text{GPS}) \times 100$
4	Gasto de hogares en VIH/SIDA como porcentaje del gasto de hogares en salud	$= (\text{GHVS}/\text{GHS}) \times 100$
5	Gasto preventivo en VIH/SIDA como porcentaje del gasto preventivo en salud	$= (\text{GPrVS}/\text{GPrS}) \times 100$

Validación de los resultados principales

El cierre contable de la estimación es normalmente un proceso arduo, que requiere la identificación de traslapes, duplicaciones y vacíos. Después, tomará cierto tiempo la prueba de diversos conjuntos de indicadores, para seleccionar los más útiles en la interpretación de resultados. Con los resultados frescos, es necesario someter a prueba la estimación. Este paso puede tomar tres caminos:

- ✘ **Literatura revisada.** Se recomienda contrastar los resultados mayores con valores encontrados en estudios previos en el país, o estándares sugeridos para la región o subregión en la que el país se encuentra. Durante la revisión de literatura se pudo constatar la existencia o carencia de fuentes de datos de referencia para comparar nuestros resultados. Es ahora el tiempo de utilizar esas bases e identificar las brechas que puedan existir entre nuestra estimación y las provenientes de esos otros estudios. Además de comparar el alcance institucional y programático de las cifras, el tiempo transcurrido entre una y otra recolección de datos, así como el carácter histórico o proyectivo de las cifras, deberá establecerse si existen explicaciones razonables para las brechas. Se debe investigar si estas discrepancias reflejan un error en la estimación; aunque no fuera así, todavía las conservaremos para incorporarlas al capítulo de discusión, en el informe final.
- ✘ **Validación por Expertos.** Desde el inicio de la estimación, en la fase de organización y montaje, debe buscarse la incorporación de representantes institucionales, quienes fungirán como expertos para validar los resultados. Ellos examinarán los conjuntos de indicadores, tratando de identificar si ese perfil de gasto es razonable, si los niveles de gasto tienen sentido o esconden sobre o subestimaciones, en su apreciación. Los expertos pueden incluso señalar relaciones y combinaciones de datos para producir indicadores útiles a los tomadores de decisiones. De hecho, ellos se convierten en el primer usuario de la información. A la vez, pueden ofrecernos su opinión sobre los medios y blancos de divulgación que, en una primera impresión, los resultados les sugieren.
- ✘ **Comparación con estudios de otros países.** Finalmente, pero no menos importante, es confrontar nuestros hallazgos con los de otros países que estén

efectuando la misma estimación. Las diferencias en el grado de consolidación de la epidemia, el tipo de sistema de servicios de salud que tienen, los esquemas de financiamiento de la salud en general y del VIH/SIDA en particular, así como el contexto socioeconómico y la política de gasto social de gobierno podrían ayudarnos a explicar las diferencias. Sin embargo, pueden también surgir importantes discrepancias que nos llamen la atención sobre algunas partes de la estimación. En este caso, y habiendo pasado dos filtros de validación, se deberá volver a las cifras, y sobre la garantía de estar correctas, reservar las asimetrías encontradas para el capítulo de discusión en el informe final.

Interpretación de los hallazgos

A partir de este punto, la participación de representantes institucionales es ineludible. Solamente así se podrá tener una visión completa de las implicaciones de los hallazgos. En los pasos anteriores la información fue preparada y depurada lo mejor posible, para facilitar la identificación de los patrones de gasto y su relación (estrecha o distante) con las necesidades de asignación en términos de distribución y volumen.

La interpretación de los resultados conduce a poner por escrito la respuesta a las preguntas con que iniciamos el estudio. Al hacer explícitas las respuestas, es necesario tomar postura frente a la evidencia: ¿es adecuado o inadecuado el nivel y la distribución del financiamiento captado a favor del combate al VIH/SIDA? ¿es equitativo y eficiente el gasto efectuado y su distribución por programas, proveedores y usuarios? La respuesta a tales preguntas, por un único actor en la respuesta social frente al SIDA, arroja menos luz sobre el problema que la discusión que puede emerger de distintos actores.

Por ello, se recomienda realizar sesiones de trabajo para identificar:

- ⚡ **Hallazgos notables:** cifras e indicadores que reflejan las principales orientaciones del gasto.
- ⚡ **Principales Implicaciones:** observaciones sobre equidad y eficiencia del gasto, por una parte y por otra, sostenibilidad de la estrategia de movilización de recursos.

⚠ Necesidades de Profundización: comentarios sobre los contrastes, discrepancias, vacíos, estimaciones arriesgadas, y otras limitaciones de la investigación cuya satisfacción se recomienda antes de expresar comentarios concluyentes sobre el tema.

⚠ Recomendaciones: Acciones concretas, que se plantean a entidades institucionales claramente identificadas, con base en la evidencia presentada, para ofrecer opciones de mejora a la situación de acopio y distribución de los recursos en respuesta al VIH/SIDA.

Puede ser conveniente tener sesiones de trabajo para validación de datos e interpretación de resultados, que en principio se desarrollen con grupos homogéneos (cooperantes, sector público, ONG-PVVS, proveedores privados, por ejemplo), para luego realizar encuentros más amplios donde las ideas estructuradas de cada grupo puedan someterse a la opinión de los otros sectores. Todo el material recogido de estas sesiones formará parte del informe final, cuya elaboración se detalla en el módulo siguiente.

Módulo 6

Divulgación y Uso de la Información



Objetivos del Módulo:

El equipo nacional de CNS-SIDA, al terminar la utilización del Módulo Divulgación y uso de la información, estará en capacidad de:

- ✘ Redactar el informe final del estudio
- ✘ Diseñar una estrategia de divulgación
- ✘ Promover la utilización de los resultados del estudio

Introducción:

Si existe una dimensión económica en la lucha contra el SIDA, la investigación de los flujos de financiamiento y gasto en respuesta al SIDA constituyen un análisis de situación en el teatro de operaciones; el aprovechamiento pleno de esta información depende de que los diseñadores y ejecutores de la estrategia tengan acceso oportuno a la información y la apliquen en el planteo de los abordajes frente a la epidemia.

Los antecedentes, la finalidad, el procedimiento y los hallazgos del estudio se integran en el documento de informe final del estudio. El informe será la fuente para todas las piezas de comunicación que se considere conveniente preparar, como parte de la estrategia de divulgación del estudio.

La divulgación de los resultados debe ser producto de una planificación cuidadosa, pues consume unos recursos sin garantías de efectividad en la comunicación. La estrategia de divulgación debe buscar las audiencias, los medios y los contenidos de información más adecuados para que el estudio favorezca la introducción de cambios sobre la captación, distribución y uso de los recursos para combatir la epidemia.

Actualizar el texto del proyecto

El informe final se basa en buena medida en el contenido del protocolo de investigación. Los aspectos de introducción y método del informe final (tabla 7.1) se redactan con base en el proyecto de investigación inicialmente formulado. Si tiene cambios, es porque generalmente ocurren imprevistos, decisiones de coyuntura y reorientaciones sobre la marcha que permiten el ajuste de la investigación a las condiciones de viabilidad.

Una vez se ha concluido la estimación, y estamos preparando el informe final, debemos releer críticamente el proyecto y anotar las variaciones que ocurrieron, así como las causas que motivaron esos cambios. Ciertos elementos del protocolo deberán ser resumidos para incluirlos en el informe final, y otros, podrán explicarse más ampliamente, como resultado de la experiencia. Por ejemplo, la introducción al informe final tiene varios apartados “en resumen”, mientras que el método tiene, no solamente lo programado en el proyecto, sino las explicaciones de cómo el proceso se verificó en el terreno.

Para finalizar la introducción, deberá hacerse una síntesis de los principales resultados del estudio, cerrando con las conclusiones a las que dichos hallazgos conducen.

El capítulo de método deberá explicar en qué consiste el enfoque de Cuentas Nacionales y las ventajas de su aplicación al estudio de los gastos en respuesta a VIH/SIDA. Además de los aspectos específicos de la metodología, que son versiones actualizadas de lo que relata el documento de proyecto, el capítulo sobre el método deberá plantear los alcances y las limitaciones del estudio, para una ponderación adecuada de los resultados.

TABLA 7.1. COMPONENTES BÁSICOS DEL INFORME FINAL

Capítulo	Componentes
Introducción	Antecedentes Justificación del estudio Objetivos Reseña metodológica Hallazgos notables (resumen)

Capítulo	Componentes
Método	Enfoque de las CNS Organización para ejecución Diseño estadístico Procedimientos de recolección Procedimientos de análisis Alcances y limitaciones
Resultados	Situación del VIH/SIDA en el país Respuesta social ante el SIDA Descripción de los flujos Matrices de fuente, proveedor, tipos de servicio y usuarios Indicadores de tamaño y composición del gasto
Discusión	Hallazgos notables Patrones de gasto Relación con literatura previa Limitaciones del estudio
Conclusiones y Recomendaciones	

Integrar el Informe Final

En este paso, los resultados del estudio se integran en el documento de informe final. Esto supone que los capítulos de introducción y método han sido completados. El capítulo de resultados deberá principiar con una explicación del marco de referencia en que se inscribe el análisis de los gastos en respuesta al VIH/SIDA: características generales del país, aspectos de la evolución de la epidemia del SIDA, en términos generales y también en relación con los grupos humanos afectados y las principales vías de contagio. Un detalle importante es el plazo transcurrido desde el inicio de la epidemia, y cuál es el estado de los indicadores que permiten saber si ésta se encuentra en fase de introducción o consolidación.

Por otra parte, es importante que el lector cuente, antes de revisar las cifras de financiamiento, con una visión completa de cuál ha sido la respuesta social frente a la epidemia. En principio, es necesario resumir cómo está organizado el sector de la salud en el país, el tipo, número y distribución de establecimientos de servicios de salud, así

como las cifras globales del gasto nacional, el gasto público y el gasto de bolsillo en servicios de salud. Evidentemente, no todos los países cuentan con este marco de cuentas nacionales de salud; en sustitución podría mencionarse el volumen de gasto público en salud respecto del gasto social y gasto total de gobierno. La descripción específica de la respuesta institucional frente al SIDA debería presentar tanto los establecimientos del sector salud que brindan atención, como las organizaciones de autoayuda y entidades sin fines de lucro que, aún sin ofrecer tratamiento a la enfermedad, están haciendo una importante contribución para visibilizar, prevenir y controlar la epidemia.

Un avance importante en esta dirección se produjo con la presentación del documento “Management and Implementation of the National Response to HIV/AIDS”, el cual presenta un conjunto de indicadores para el monitoreo de la respuesta social frente al SIDA, integrado por iniciativa de la red de Planificación Estratégica en VIH/SIDA en países de América Latina y el Caribe.

Debe notarse que las instituciones de servicios pueden abrigar amplias diferencias en el manejo de los casos; es importante presentar en este apartado las características de los protocolos de atención y paquetes básicos, en el caso de que éstos se hubiesen identificado en el proceso de la estimación. Lo que interesa es mostrar las diferencias entre grupos humanos con diferente cobertura de servicios de salud, por ejemplo, los cambios en el tratamiento que ofrecen los establecimientos de gobierno, de la seguridad social y de la práctica privada.

El informe debe describir los flujos de financiamiento en respuesta al VIH/SIDA, desde el punto de vista de los mecanismos de transferencia de recursos desde las fuentes hacia los proveedores de servicios; esta descripción facilitará la lectura posterior de las matrices que, en los cruces de columna y fila, estarán concretando una relación de traspaso de fondos. Como se recordará, un primer ejercicio de caracterización de los flujos de financiamiento y gasto se efectuó durante la organización y montaje del estudio (módulo 1), y fue sometida a prueba durante la recolección de datos. La versión que se presentaría en el informe final ya tendría incorporados aquellos hallazgos de campo que modificasen la caracterización inicial.

La presentación de los resultados de la estimación del gasto en respuesta al VIH/SIDA cubrirá varios items:

- ⚡ **Los totales nacionales de gasto en cada año de la estimación.** Además de presentar las cifras absolutas, esta es ocasión para comparar el volumen del gasto en respuesta al VIH/SIDA con el gasto nacional en salud y con el PIB. El gasto per cápita, respecto a la población total del país, ofrecerá un indicador comparable respecto a las estimaciones de otros países. También es útil comparar la razón de cambio en el financiamiento y en el número de casos, durante los años de la estimación.
- ⚡ **La composición del financiamiento por fuentes.** El peso relativo de cada fuente, en el financiamiento de las acciones de prevención y tratamiento del SIDA, permitirá ponderar la importancia de los mecanismos de movilización de recursos que se emplean. Es interesante mostrar los contrastes entre financiamiento público y privado, y entre entidades de aseguramiento y las que atienden a población abierta. La información debe completarse con datos cualitativos acerca de las decisiones políticas que han llevado a determinadas organizaciones o entidades a tener mayor o menor participación en el financiamiento de los gastos en VIH/SIDA.
- ⚡ **El gasto ejercido, por funciones de atención según la fuente de financiamiento.** Este es un flujo financiero importante, porque muestra el énfasis de las fuentes en la prevención o el tratamiento de VIH/SIDA, incluyendo los subprogramas de cada tipo de atención. Corresponde a la Matriz 1. Cada país realizará adecuaciones a las matrices, tanto en el lenguaje como en las categorías que incluya; sin embargo, puede ser conveniente tener un segundo juego de matrices, basadas en las convenciones internacionales que registra el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud (SCNS). Esta información debe complementarse con figuras y análisis comparativos del tipo y la cantidad de servicios producidos.
- ⚡ **El gasto ejercido por cada tipo de proveedor según la fuente de financiamiento.** Aquí interesa mostrar los proveedores que son financiados por las diversas fuentes, por clasificación funcional y no tanto por el origen institucional de los establecimientos. En otras palabras, interesa ver qué fuentes financian la atención de hospitales, centros de atención ambulatoria, laboratorios, entidades preventivas, etc., en una división **funcional** (hospital, consultorio, centro de atención ambulatoria, etc.) y no del sector institucional al que el proveedor

pertenece (gobierno, seguridad social, seguro privado, organizaciones sin fines de lucro y proveedores privados lucrativos), y corresponde a la matriz 2.

- ✂ **El gasto ejercido por tipo de atención según proveedor de servicios.** La división funcional de los proveedores, al cruzarse con los distintos tipos de atención, permite identificar las organizaciones que canalizar financiamiento hacia elementos claves de la estrategia de respuesta al SIDA. La matriz 3 presenta la distribución de actividades de prevención y tratamiento, ordenadas de acuerdo con el tipo de proveedor que prestó el servicio; esta matriz se complementa con datos de la distribución de la cantidad de servicios prestados por el tipo de proveedor, logrando de esa forma comparar, por ejemplo, los costos de consultas ambulatorias cuando se realizan en consultorios médicos, centros de atención ambulatoria y hospitales.
- ✂ **Distribución del gasto preventivo por grupo de usuarios cubiertos.** El análisis de este flujo, que proviene de la matriz 4, ofrece la oportunidad para analizar el peso relativo de los subprogramas de prevención del SIDA y de relacionarlo con los usuarios atendidos. Aquí servirá la información sobre incidencia en grupos específicos y distribución de los casos según vías de contagio, como medida de contraste de las apuestas de financiamiento versus las tendencias epidemiológicas de la epidemia.
- ✂ **Distribución del gasto en tratamiento del SIDA, por clasificación institucional del proveedor.** La clasificación institucional del proveedor de servicios, a diferencia de la funcional, que se presentó en un inciso anterior, es una división que revela el origen institucional del proveedor: si es una entidad (hospital, consultorio, etc.) de gobierno, seguridad social, seguro privado, organización sin fines de lucro o proveedor privado lucrativo. Como fuera mencionado, las diferencias en el tratamiento que ofrece cada tipo de proveedor condicionan los volúmenes de gasto y su relación con el alcance de los servicios, en cantidad producida y en personas cubiertas. Por ello, es importante en este apartado presentar, además de la información financiera, la información relativa a los límites de cobertura poblacional de cada proveedor y las diferencias en los esquemas de tratamiento y paquetes de servicios.

⌘ Gasto ejercido por tipo de atención, según elemento (objeto o rubro) de gasto. Las líneas de gasto pueden ser tan amplias como se muestra en la matriz 6 o desglosarse para elementos de gasto muy específicos; por ejemplo, el rubro de materiales y suministros admite una primera división en suministros médicos y no médicos; de los suministros médicos pueden separarse medicamentos, condones, aparatos ortopédicos, etc. Aunque en una primera estimación la relación entre insumos y productos se elabora sobre una base precaria, las cifras que se presenten pueden despertar interés por un registro más preciso de los coeficientes técnicos en la función de producción de los servicios.

La **discusión de los resultados** es una pieza clave del informe final, porque en ella se presentan las argumentaciones acerca de los aspectos positivos y encomiables del flujo financiero hacia SIDA, pero también las áreas de debilidad e incongruencia. Principia por destacar los hallazgos notables del estudio, es decir, referentes de primer orden para entender la situación económica de la lucha contra el SIDA en el país. Luego, es necesario exponer los elementos de regularidad encontrados en el período bajo estudio, y ofrecer evidencias de si llegan a conformar patrones de gasto. Ambos elementos previamente indicados deben confrontarse enseguida con la literatura revisada, para encontrar las principales áreas de convergencia y divergencia, reconocer cuáles son explicables con el material que aporta el estudio y cuáles quedan abiertas a estudios de profundización y actualización. La discusión también debe señalar –una vez más- las limitaciones del estudio, matizando así la generalidad de las conclusiones que se ofrecerán posteriormente. Las conclusiones del estudio resumirán, en frases breves y directas, los hallazgos notables y sus implicaciones principales; se buscará una relación estrecha entre las conclusiones del estudio y las recomendaciones que se ofrezcan. Para formular las recomendaciones, debe cuidarse que:

- ⌘ Se refieran a como consolidar las fortalezas, superar las debilidades, sortear las amenazas o aprovechar las oportunidades que pueden identificarse a partir del estudio; es decir, ofrezcan caminos que orienten a los tomadores de decisiones, planificadores y diseñadores de política;
- ⌘ Identifiquen –aún cuando fuera en forma genérica- al destinatario de la recomendación; de esta forma, es más probable que la sugerencia sea atendida.

- ⌘ Tengan respaldo en los aportes del grupo de apoyo, que examinó los datos, participó en su interpretación y propuso opciones para mejorar las condiciones actuales.

El informe final puede incluir una amplia variedad de apéndices y anexos, incluyendo la bibliografía consultada, los formularios o boletas para levantamiento de datos, los contactos institucionales (personas) e instituciones participantes en forma longitudinal al estudio; las instituciones seleccionadas para levantamiento de datos; cuadros estadísticos, gráficas y otro material de análisis no presentado en el texto principal. El resultado es con frecuencia un documento voluminoso, referencia centralizada de los actos y datos del estudio, sobre cuya base resulta más fácil instrumentar la estrategia de divulgación del estudio.

Preparar la estrategia de Divulgación

En el gráfico con que se encabeza cada módulo se presenta una vinculación (con línea punteada) de la organización y el montaje del estudio con la divulgación y uso de la información. Esa línea discontinua expresa que cuanto más abierta y participativa sea la convocatoria inicial en apoyo al estudio, mayores posibilidades habrá de difundir la información de manera efectiva, con impacto en las decisiones particulares y colectivas de los actores y sectores en lucha contra el SIDA.

La estrategia de divulgación cumple los siguientes objetivos:

- ⌘ Identificar las oportunidades de promoción del tema VIH/SIDA ante la opinión pública y ante actores institucionales dentro y fuera del sector salud;
- ⌘ Plantear objetivos específicos que se buscaría alcanzar con la circulación de los datos;
- ⌘ Seleccionar, de acuerdo con los dos puntos anteriores (audiencias y fines), los mensajes, argumentos y evidencias que deben ser presentadas;
- ⌘ Identificar y priorizar las actividades, los medios y los recursos necesarios, para divulgar la información y promover su utilización.

Es evidente que para las audiencias menos próximas a la preocupación por el tema SIDA, se deberán escoger oportunidades, contenidos y medios de alcance mayor y de mayor generalidad. Esta condición, relacionada con la posibilidad de que el mensaje realmente sea captado, guarda cierta tensión con la intencionalidad de que la información movilice a la acción.

Por otra parte, las audiencias relacionadas con la definición de política pública, asignación de recursos de gobierno o de cooperación, planificación sectorial de salud y otras que tienen alcance mayor que el de las acciones en el tema de SIDA, necesitan información para colocar el tema en perspectiva y para modificar las relaciones de prioridad dentro de la agenda de intervenciones de estos actores. Este es un segmento de la audiencia muy importante, pues generalmente las decisiones de colocación de fondos y su distribución están por encima de los actores actualmente comprometidos en la lucha contra el SIDA. Es importante realizar eventos de divulgación que convoquen a estos actores y los pongan en relación con el grupo interinstitucional de apoyo al estudio.

Las autoridades de salud, los funcionarios de los programas de SIDA, los cooperantes en el tema, los responsables de las unidades descentralizadas de salud, y otros actores en relación más estrecha con la temática, se esperaría que estuvieran vinculados con el estudio desde el inicio, y aquellos que no lo estuvieron, probablemente esperan los resultados con la misma intensidad que quienes colaboraron estrechamente. Por eso, es importante circular versiones apropiadas del informe, con una extensión que no ofrezca dificultades para su lectura pero con una profundidad suficiente para interesar a esta audiencia particular.

Una de las características más problemáticas de la divulgación es el costo implícito en su realización. Por una parte, es recomendable que el estudio se complemente con recursos de cooperación en el país, y que durante la negociación de los fondos se plantee la necesidad de cubrir publicaciones y eventos de divulgación, aun cuando solo fueran los prioritarios. Por otra parte, cuando el proyecto está terminado, el disponer de un producto tangible e interesante facilita la negociación con diversas instituciones para publicar resultados y realizar eventos de divulgación.

La anterior es una buena razón para estudiar la estrategia y plasmarla en el papel: se cuenta con un documento que informa qué se desea divulgar, con qué objetivos, hacia qué audiencia, mediante qué actividades, a qué costo y con cuáles alternativas de financiamiento.

Preparar materiales de presentación

Después de un tiempo de estar involucrado en la preparación del estudio, no es raro perder de vista lo especializado del tema y la complejidad que ofrece a quienes lo escuchan por primera vez. Al preparar materiales de presentación, se deben tomar en cuenta los aspectos siguientes:

- ⌘ Plantear con claridad, y desde el inicio, los objetivos que animaron el estudio y cómo se pensó que la información contribuiría a mejorar la estrategia nacional en respuesta al SIDA;
- ⌘ Presentar las definiciones y las orientaciones de sentido que ayuden a interpretar la información que vendrá después. Este prerrequisito de crear un lenguaje común aumenta la efectividad de los materiales de presentación de los resultados.
- ⌘ Principiar por los indicadores más sencillos y generales, así como por las tablas de participación porcentual, antes de mostrar los cruces de datos que conforman el corazón de la información.
- ⌘ Poner a la vista, junto a los datos o inmediatamente después, las interpretaciones que se formulan sobre la información presentada, en vez de mostrar un flujo considerable de datos antes de llegar a conclusiones;
- ⌘ Tomar las matrices de cuentas nacionales como último recurso de comunicación; este arreglo de los datos encierra un elevado poder analítico, pero suele ser demasiado intrincado para una lectura amigable y para su conversión en criterios y líneas de decisión – acción.
- ⌘ Hacer, al final de la presentación, un resumen de hallazgos notables y sus implicaciones de cara al futuro. En ese ambiente, las recomendaciones

encontrarán eco y permitirán abrir la participación y el intercambio con los interlocutores.

Promover la utilización de los datos

Es un objetivo de los estudios de cuentas nacionales –una “expresión de deseo”- el establecer registro sistemático y continuo de los flujos de financiamiento y gasto. La actual iniciativa de cuentas nacionales en VIH/SIDA es un apoyo inicial para que los países de América Latina desarrollen la capacidad de institucionalizar las estimaciones. Como cualquier sistema de información, su sostenibilidad y la calidad de su contenido, dependerán del grado de utilización que los productores de los datos realicen de la información procesada y analizada. Así, resulta lógico que para promover su utilización sea indispensable hacerla disponible a todos aquellos que deriven utilidad de su posesión.

- ✘ Los investigadores independientes, instituciones académicas y equipos de planificación son consumidores habituales de información; la divulgación hacia estos grupos tiene la virtud de promover el conocimiento del estudio a través de las referencias y citas que ellos hagan en sus propios trabajos. Este es también un grupo importante para validar los resultados y para acreditar la calidad y relevancia del estudio.
- ✘ Los espacios formativos de personal de salud, tanto en el campo gerencial como asistencial, necesitan con frecuencia material reciente y relevante de análisis de tópicos de interés. Al circular la información en el circuito de la formación y la capacitación, se logra incidir en generaciones futuras de tomadores de decisiones, y se coloca en agenda cuestiones importantes del financiamiento de la salud, que han ganado un creciente interés como parte del perfil del funcionariado del sector.
- ✘ Los eventos de encuentro académico, como congresos y seminarios, también ofrecen una oportunidad valiosa para promover la utilización de la información. No solamente despiertan interés sobre el enfoque metodológico y los fecundos resultados de estos estudios, sino que pueden interesar en la conversión de los datos en iniciativas estratégicas para mejorar la captación y asignación eficiente

- de los recursos. De hecho, a partir de las cuentas nacionales en SIDA se plantean estudios específicos sobre la efectividad de diversas intervenciones y la generación de medidas de eficiencia y equidad en múltiples escenarios institucionales.
- ✘ Los ciclos de planificación y presupuestación en las entidades del sector, tanto a nivel general como en el espacio delimitado al combate del VIH/SIDA, demandan con frecuencia informaciones de base para generar criterios de priorización, programación y asignación financiera. Es necesario estar atentos a la calendarización de tales ciclos, para poner a disposición de los grupos competentes la información generada por el estudio.
 - ✘ En el momento actual, existen importantes debates acerca de cuáles son las estrategias más efectivas para afrontar la epidemia y cuáles de los gastos en respuesta a ella ofrecen retornos sociales más elevados. La decisión acerca de los conjuntos de servicios en la prevención, la atención paliativa y el tratamiento antirretroviral necesita fundamentarse en evidencia empírica que, en muchos casos, no está disponible. El conocimiento de tales debates, y de los actores involucrados en ellos, permitirá dirigir con eficacia la información hacia quienes pueden utilizarla.