



PERÚ

Ministerio
de Salud

BOLETÍN DE SALUD Y ECONOMÍA

(Edición Nº 1 – Año 1)

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización

Octubre 2022

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

CONTENIDO:

1. Editorial	2
2. Análisis Económico	3
a) MINSA	3
b) SIS	4
c) ESSALUD	5
3. Artículos	6
a) Atención Primaria y Cuentas de Salud	6
b) Políticas y Cuentas de Salud	8
c) Institucionalización de Cuentas de Salud	11
d) Gasto de Bolsillo en EsSalud	14
4. Miscelánea	18
• ¿Qué es el CASE?	18

EQUIPO TÉCNICO:

Director General de la OGPPM

- CPC Felipe Meza

Director Ejecutivo de la OPEE

- Eco. Inder Delgado

Columnistas de la OPEE

- Eco. Alberto Barrenechea
- Eco. César Gil Malca
- Eco. Luis Mercado
- Eco. Athenas Yabar

Asistente de la OPEE

- Maribel Ferrari

PUBLICACIÓN:

Si desea escribir artículos para el Boletín, coordinar:

boletinopee@minsa.gob.pe

1. EDITORIAL:

El Ministerio de Salud a través del Boletín de Salud y Economía, promueve un espacio abierto para la generación de información de manera amigable y colaborativa que contribuya a la reflexión y la toma de decisiones para abordar los desafíos que enfrenta el sector en la mejora de la calidad, eficacia, eficiencia y equidad de los servicios de salud que ofrecemos a los ciudadanos.

El presente Boletín de Salud y Economía es una iniciativa de la Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE) de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM), que esta gestión respalda plenamente y cuya primera edición nos complace presentar.

Esta primera edición analiza la evolución de la ejecución presupuestal y de las atenciones de salud a nivel nacional brindadas por el Ministerio de Salud, gobiernos regionales y EsSalud, que muestran una tendencia creciente y reflejan el restablecimiento de los servicios de salud, no obstante la persistencia de la emergencia sanitaria por la COVID-19. Asimismo, se presentan artículos vinculados a las cuentas de salud, que resaltan su importancia en la toma de decisiones informadas para optimizar el uso de los recursos.

Con el propósito de continuar la generación de información a través de este espacio, se invita a los servidores del sector, a los académicos e investigadores, a colaborar con la presentación de aportes, que contribuyan a la reflexión respecto a la salud y economía.

Kelly Roxana Portalatino Ávalos
Ministra de Salud

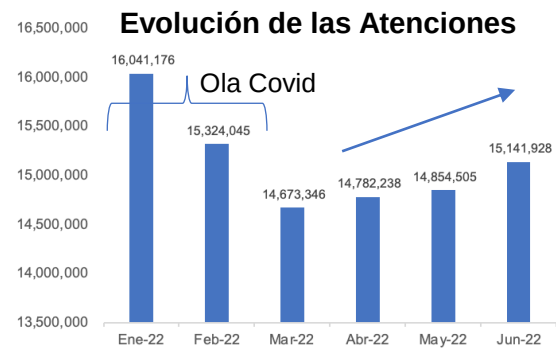


Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

2. ANÁLISIS ECONÓMICO:
a) Ministerio de Salud (MINSA)

Producción en Salud:

De acuerdo con la información disponible en REUNIS relacionada con las atenciones de salud a nivel nacional que pertenecen al ámbito del MINSA, se aprecia una recuperación entre los meses de abril a junio, que coinciden con la culminación de la ola de casos por la COVID-19.



Fuente: REUNIS - HIS MINSA - Ámbito MINSA (A Nivel Nacional)

Como parte de las nuevas políticas de salud del MINSA se busca fortalecer la atención primaria, así como ampliar la oferta de servicios de salud para regresar a los niveles prepandemia (promedio de 11.4 MM de atenciones por mes del 2019) en la que se ofrecían todos los servicios y especialidades médicas en las diferentes IPRESS a nivel nacional.

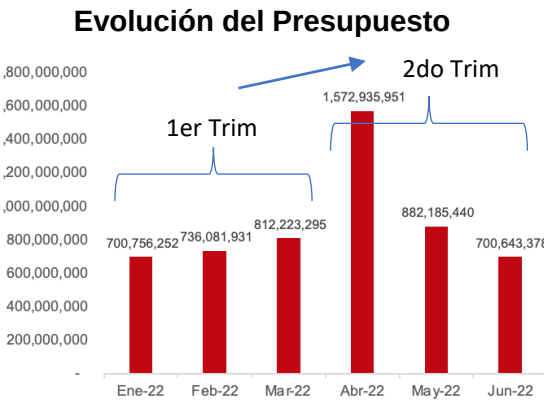
Existe la necesidad de cerrar brechas de atención para pacientes no COVID, en un contexto en el que se ha controlado los casos complicados como resultado de la efectividad de las vacunas. Se espera que en los próximos meses continúe la tendencia creciente de las atenciones de salud de todas las Redes e IPRESS bajo el ámbito del MINSA.

Ejecución de Presupuesto:

La ejecución del presupuesto del pliego 011 del MINSA evidencia un crecimiento significativo del orden del 40% en el segundo trimestre con respecto al primer trimestre.

En concordancia con la política de ampliación de la oferta de servicios de salud y cierre de brechas de atención, se ha logrado ejecutar en mayor medida el presupuesto del gasto en salud que se destina a las IPRESS dentro del ámbito del MINSA.

Cabe señalar que el pliego MINSA comprende no sólo las IPRESS Hospitalarias del tercer nivel de atención, sino también las IPRESS ambulatorias de las Redes Integradas, quienes tienen la responsabilidad de fortalecer la estrategia de atención primaria en salud.



Fuente: Reporte SIAF Operaciones en Línea
Pliego 011 MINSA (Ejecución - Devengado)a

Es preciso indicar que el presupuesto del pliego MINSA financia a las IPRESS Hospitalarias ubicadas en Lima, cuya responsabilidad es a nivel nacional.

2. ANÁLISIS ECONÓMICO:
b) Seguro Integral de Salud (SIS)

Producción en Salud:

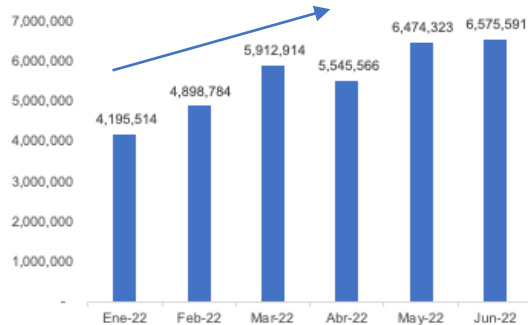
La IAFAS SIS es el más grande asegurador de salud del país en términos del número de afiliados. La IAFAS FISSAL forma parte de la estructura orgánica de la IAFAS SIS.

La IAFAS SIS-FISSAL contrata principalmente los servicios de salud de las IPRESS públicas a nivel nacional y en menor medida contrata los servicios de las IPRESS privadas.

De acuerdo con la información disponible en Mundo IPRESS del SIS se observa una tendencia creciente en el registro de los formatos únicos de atención (FUAS) en el primer semestre del año. La tasa de crecimiento en el segundo semestre fue de 24% con respecto al primer semestre. El SIS publica la información de las atenciones que financia una vez que las audita y hace la liquidación de cierre.

Las FUAS representan la producción de los servicios de salud que brindan las IPRESS públicas a los afiliados a la IAFAS SIS.

Evolución de las FUAS

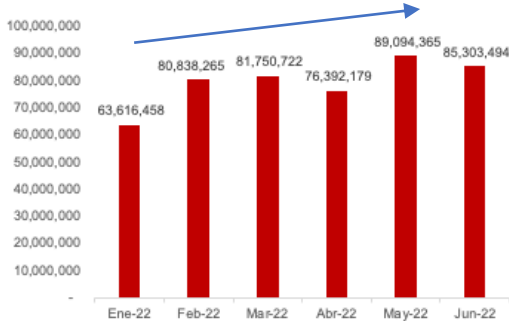


Fuente: Mundo IPRESS
Reporte de Producción de Prestaciones por Expediente
Tableros de producción valorizada

Ejecución de Presupuesto:

La IAFAS SIS presenta una política de financiamiento que consiste en asignar recursos de forma prospectiva o pago por adelantado a las IPRESS a nivel nacional con la finalidad de lograr una mayor eficiencia en el gasto; al primer trimestre transfirió S/ 1,160 MM, registrando un acumulado al semestre de S/ 1,333 MM. Posteriormente, el SIS realiza la valorización neta de las atenciones (VNA) registradas en las FUAS, principalmente hospitalarias.

Evolución del VNA



Fuente: Mundo IPRESS
Reporte de Producción de Prestaciones por Expediente
Tableros de producción valorizada

La IAFAS SIS realiza una valorización neta de las atenciones (VNA) realizadas por las IPRESS mes a mes con la finalidad de medir la ejecución del gasto en salud asignado prospectivamente.

El VNA representa el 9% del gasto total ejecutado del MINSA, debido a que por un lado la IAFAS SIS financia principalmente el gasto variable de las IPRESS y presenta en su composición atenciones preventivas y recuperativas.

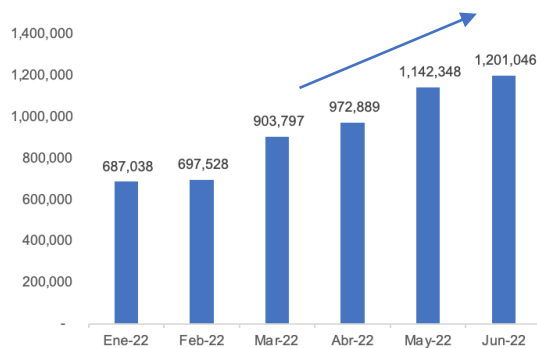
Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

2. ANÁLISIS ECONÓMICO:
c) Seguro Social de Salud (EsSalud)

Producción en Salud:

De acuerdo con la información disponible en el reporte estadístico denominado “EsSalud en Cifras”, se observa a partir del mes de marzo un crecimiento significativo de las consultas externas ambulatorias.

Evolución de las Consultas Externas



Fuente: EsSalud en Cifras (Informativo Mensual)

Como se mencionó anteriormente, la política de salud de incremento de la oferta de salud para atender a los pacientes no COVID en forma ambulatoria, también se cumple en EsSalud. Se evidencia un incremento del orden del 45% en el segundo trimestre respecto del primer trimestre.

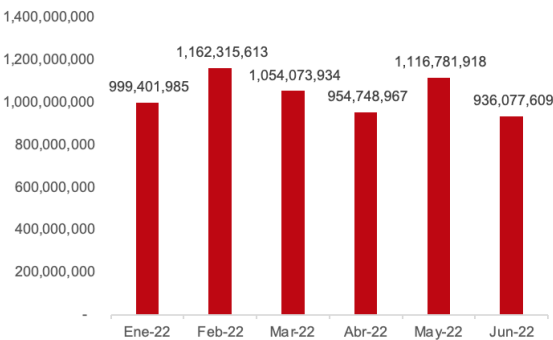
Cabe señalar, que como resultado de las medidas adoptadas para priorizar las atenciones de los pacientes no COVID, se generó un diferimiento o embalse temporal, motivo por el cual se ha planificado en EsSalud una serie de programas e intervenciones de salud que buscan cerrar las brechas de atención para pacientes no COVID, así como otorgar atenciones preventivas dirigidas a niños, gestantes y adultos mayores.

Ejecución de Presupuesto:

El financiamiento de EsSalud proviene al 100% de las contribuciones de los empleadores privados y públicos, quienes pagan por sus empleados.

Según lo reportado al Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (FONAFE) se observa que la ejecución del gasto de operación presenta un comportamiento variable y relativamente homogéneo a lo largo del primer semestre del año.

Evolución del Presupuesto



Fuente: Reporte FONAFE (Informe de Evaluación Presupuestal)

La IAFAS EsSalud financia principalmente las prestaciones de salud que otorgan con su red asistencial de IPRESS propias a nivel nacional y en menor medida IPRESS privadas contratadas. Adicionalmente financia las prestaciones económicas (subsídios, sepelios, lactancia), seguido de las prestaciones sociales que brindan a los adultos mayores.

EsSalud asigna recursos presupuestales en forma retrospectiva y mensual, y utiliza criterios de asignación histórica.

3. ARTÍCULOS:

a) Atención Primaria y Cuentas de Salud *Por: Eco. Alberto Barrenechea*

RESUMEN:

Los organismos de asistencia técnica y cooperación técnica en salud, tales como OPS, Banco Mundial, BID, OCDE o CEPAL, recomiendan fortalecer la puerta de entrada de los sistemas de salud, es decir, fortalecer las IPRESS que pertenecen al primer nivel de atención, dado que en dichas IPRESS es donde se genera la mayor oportunidad para implementar al máximo la estrategia de atención primaria en salud (APS).

Sin embargo, existe una agenda pendiente en la región de América Latina y el Caribe de transparentar y cuantificar la asignación de recursos que se destinan a la oferta de IPRESS del primer nivel de atención, de modo tal que se puedan realizar acciones de políticas de financiamiento en salud que corrijan las inequidades e ineficiencias en la provisión y financiamiento de la salud.

La OMS/OPS ha publicado a finales del año 2021 una nota técnica denominada: "Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011", en dicho documento se explica la importancia de hacer seguimiento y monitoreo del gasto en salud en APS y plantea una propuesta de medición del gasto en salud en APS utilizando la metodología de cuentas de salud conocida como el SHA 2011, además presenta estimaciones del gasto en APS y finalmente presenta las dificultades y perspectivas futuras a enfrentar.

Palabras clave: Atención primaria, cuentas de salud, SHA 2011

I. INTRODUCCIÓN:

En el campo del financiamiento de la salud, un tema clave es analizar la asignación de recursos en el primer nivel de atención, dado que dicho nivel es la responsable de atender a la mayor cantidad de población de un país. Por tanto, el presente documento emitido por la OMS/OPS plantea una propuesta concreta y complementaria para medir el gasto en APS sobre la base de la metodología del SHA 2011 y concluye la importancia de hacer esfuerzos por precisar con información real y observable del gasto en salud en APS.

Palabras clave: Atención primaria en salud, SHA 2011, GHED y APS

II. IMPORTANCIA DE MONITOREAR EL GASTO EN APS:

A partir de la descripción de un conjunto de experiencias de países a nivel mundial se define la importancia de monitorear el gasto en salud en APS, toda vez que permite:

- Planificar el financiamiento de la salud
- Utilizar en las negociaciones de presupuesto y sustento para demandas adicionales
- Establecer la participación del gasto en APS con respecto a los niveles secundarios y terciarios
- Determinar la idoneidad y nivel de asignación del gasto en salud en APS
- Fortalecer los sistemas comunitarios
- Cuantificar y hacer seguimiento a las metas de APS en los planes estratégicos nacionales de salud

Son muchas las bondades y ventajas para el bienestar y la salud pública de un país el invertir en APS.

3. ARTÍCULOS:

a) Atención Primaria y Cuentas de Salud *Por: Eco. Alberto Barrenechea*

III.MEDICIÓN MUNDIAL DEL GASTO EN APS:

La nota técnica de la OPS describe que se realizó un exigente proceso de consulta con expertos y con las partes interesadas técnicas en la que se estableció una medición que estima el gasto en APS utilizando la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud-Funciones de la atención de salud (ICHA-HC) en el SHA 2011.

La propuesta de medición se centra en los servicios personales de primer contacto, los servicios basados en la población y algunas otras caracterizaciones transversales del gasto (en particular, la gobernanza y los productos médicos).

Cabe señalar que la propuesta no pretende sustituir la forma de medir el gasto en salud en APS en cada país, sino que busca complementar a través de la utilización de los tres (03) ejes de la metodología del SHA 2011 aplicado a la APS.

IV.ESTIMACIÓN DEL GASTO EN APS SOBRE LA BASE DE LA PROPUESTA DE MEDICIÓN

El documento de la OPS refiere que desde el año 2016, la OMS ha registrado en el reporte del Gasto Global Mundial en Salud, denominado GHED por sus siglas en inglés, las estimaciones de gasto en APS, las cuales son comparables internacionalmente.

La información de gasto en APS lo presentan a través de dos estimaciones fundamentales de gasto y otras seis estimaciones por fuente de financiamiento,

en función de la disponibilidad de información. Como resultado se presenta una visión general del origen de las fuentes de financiamiento y del esfuerzo de priorización de cada uno de los agentes de financiamiento a la APS.

Al evaluar el origen del financiamiento es importante reconocer si proviene del sector público en sus diferentes nivel de gobierno o si proviene de alguna fuente internacional o externa, tal es el caso de los fondos mundiales de ayuda que por lo general buscan financiar intervenciones preventivo y promocionales en salud.

V.CONCLUSIÓN: DIFICULTADES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

A pesar de los esfuerzos que realiza la OMS/OPS por realizar estimaciones, se requiere el apoyo de los países para proporcionar información. La idea es que a futuro se logre construir con la información acumulada un reporte de notificación funcional denominado "Gasto en APS".

El comparar los gastos internacionales de APS, permitirá definir nuevas políticas de financiamiento de la salud a nivel mundial.

VII.BIBLIOGRAFÍA:

Organización Mundial de la Salud [OPS] (2021) Nota técnica: "Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011".

3. ARTÍCULOS:

b) Políticas y Cuentas de Salud

RESUMEN:

Las cuentas de salud nos permiten generar reportes sobre la naturaleza de los flujos de gasto en el sistema de salud. Podemos conocer a través de estos reportes los detalles respecto al financiamiento, provisión y consumo de los bienes y servicios de salud.

A pesar de la riqueza de información existente en la metodología SHA 2011, la utilización intensiva de una nomenclatura y codificación propia conllevan a que estos reportes sean densos en contenido, pero por lo mismo puedan ser de difícil comprensión para las personas sin previo conocimiento de la metodología.

Debido a esta problemática, surge la necesidad de generar resúmenes de política, que presenten los resultados de las cuentas a través de textos breves, fáciles de comprender aún sin conocimientos previos de la metodología de cuentas, y enfocados no solo al reporte en sí, sino al uso de las cuentas para el planteamiento o resolución de problemas de política.

El objetivo del presente artículo es de brindar un overview de las recomendaciones brindadas por la OPS para la elaboración de estos resúmenes de política. Estas recomendaciones buscan fomentar la utilización de estos resúmenes como una práctica habitual en conjunto a la generación de cuentas y brindar las herramientas para que estos resúmenes puedan ser difundidos de forma efectiva.

Por: Eco. Luis Mercado

Palabras clave: resumen de política, cuentas de salud, SHA 2011, problema de política.

I. INTRODUCCIÓN:

Los reportes generados por las cuentas de salud nos permiten conocer cuánto, cómo y en qué se gasta los recursos destinados a salud, generando información detallada que describe el funcionamiento del sistema de salud. Estos reportes, sin embargo, también pueden llegar a resultar excesivamente extensos y de difícil acceso, dado el uso intensivo de la nomenclatura propia de la metodología.

Para resolver este problema, la OPS fomenta la utilización de resúmenes de política (policy briefs).

II. PLANEACIÓN DEL POLICY BRIEF:

La primera recomendación brindada por la OPS es la de empezar el proceso a través de una buena planeación. Esta planeación debería definir el objetivo del documento, la audiencia esperada, el tipo de contenido y su estructura.

Para definir el objetivo del documento, es importante reconocer la etapa del proceso de toma de decisiones al cual se busque influir con nuestro resumen. Si se busca influir en la etapa de planeación, se buscará identificar un problema que no ha sido tan visibilizado previamente. Si se requiere formular una propuesta de solución, se buscará explorar alternativas o argumentar a favor de una alternativa en particular que podría dar solución a la problemática en cuestión. Si se tiene elegida una opción de

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

3. ARTÍCULOS:
b) Políticas y Cuentas de Salud

política, se busca brindar nociones relevantes para su implementación. Finalmente, también se realizan resúmenes que dan información relevante para el seguimiento de los resultados.

Según el objetivo planteado, existen ciertas consideraciones a tener en cuenta, las que están resumidas en la Tabla 1.

Tabla 1. Consideraciones según Objetivo del Policy Brief

Identificar el problema	Proponer soluciones	Elegir curso de acción
Identificar pregunta de política e información adicional relevante.	Establecer y comparar las opciones priorizadas.	Conceptualizar y fundamentar la decisión analizando los datos.
Implementar la propuesta	Seguimiento de Resultados	
Medir línea de base e identificar formas para obtener la información.	Elegir, recopilar y procesar la información de cuentas relevante.	

Fuente: OPS (2022). Elaboración propia.

III.DEFINICIÓN DE LA PREGUNTA DE POLÍTICA:

Todo policy brief debe buscar resolver una pregunta de política relevante. Estas preguntas de política no sólo ayudan a enfocar mejor el contenido del resumen, sino también permiten que este resumen brinde información de interés para un público objetivo en particular. Para plantear una pregunta de política, es necesario relacionarla con la información disponible por las cuentas de salud según el SHA 2011.

El SHA 2011 genera reportes de las cuentas de salud según un enfoque triaxial: observa el gasto en salud desde la perspectiva de financiamiento, provisión y consumo de salud. Asimismo, el SHA 2011

Por: Eco. Luis Mercado

cuenta con diversos clasificadores que buscan organizar los flujos de gasto desde una óptica particular. Cada uno de estos clasificadores genera series estadísticas, así como cruces donde se observa el gasto que se realiza según la óptica de dos o más clasificadores en simultáneo.

Se busca que la pregunta de política esté relacionada con al menos uno de estos ejes. Así, por ejemplo, a través del eje de financiamiento puede analizarse los determinantes del gasto de hogares, la sostenibilidad del sistema de financiamiento, la relación entre el gasto de salud con variables macroeconómicas, etc.

IV. ESTRUCTURA Y ESTILO:

Definido el objetivo y el plan de trabajo para el policy brief, la OPS también presenta recomendaciones respecto a la estructura y redacción del texto en sí.

Sobre la estructura, el formato puede variar según la naturaleza del resumen de política, entendiendo que cada sección del contenido debe cumplir una función específica y contribuir a la comprensión de la temática del resumen. La estructura básica de un policy brief incluye (i) un resumen que busca generar curiosidad al lector y darle a conocer la problemática, (ii) una introducción que presenta la pregunta de política relevante y su contexto, (iii) una presentación general de los resultados de cuentas que guarden relación con la problemática planteada, (iv) el análisis de los resultados, realizando una interpretación de su contenido y sus efectos; finalmente, (v) las conclusiones resumen el problema y la importancia de intervenir a

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

3. ARTÍCULOS:

b) Políticas y Cuentas de Salud

través de las propuestas planteadas o sugeridas.

La extensión final de este documento debe ser de 2 a 4 páginas, abarcando no más de 1,500 palabras. Por ello, es relevante que la pregunta de política que se busque responder haya sido previamente definida de la forma más específica posible.

Asimismo, la OPS recomienda que los resúmenes no sean redactados utilizando un estilo de escritura análogo al de los reportes completos. Dada las restricciones de extensión y el objetivo específico planteado para los policy briefs, se brindan las siguientes consideraciones de estilo:

- i. Utilización de lenguaje claro y adaptado al público objetivo. Usar oraciones cortas y evitar el uso del lenguaje excesivamente técnico.
- ii. Títulos y subtítulos que dejen claro los temas a tratar, considerando que es el índice uno de los primeros filtros para que un lector decida continuar con la lectura.
- iii. División efectiva del texto, usando los títulos y subtítulos como invitaciones a las partes subsiguientes del texto.
- iv. Uso de elementos visuales tales como gráficos, cuadros, ilustraciones, cuadros de texto, etc., que atraigan la atención de lector.
- v. Difusión por todos los canales disponibles, en la medida que ello sea relevante y acorde al público objetivo planteado.

Por: Eco. Luis Mercado

V.CONCLUSIONES:

La utilización de resúmenes de política es una práctica fomentada por OPS para la síntesis de los reportes generados por las cuentas de salud en documentos breves, enfocados en responder preguntas de política específicas. Esta práctica busca facilitar la difusión de las cuentas de salud como parte de su proceso de institucionalización.

Un resumen de política busca presentar, de forma breve y en un lenguaje sencillo, una problemática relevante para el público objetivo y presentar la información que las cuentas de salud nos pueden brindar al respecto. Asimismo, también puede presentar alternativas de solución o líneas de base para la evaluación de propuestas que ya se encuentran en proceso de implementación.

En este documento, se han presentado distintas recomendaciones para las distintas etapas del proceso de elaboración de un resumen de política: planeación, definición de una pregunta de política, estructura y estilo de redacción del policy brief.

VI.BIBLIOGRAFÍA:

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022) Recomendaciones para elaborar resúmenes de política a partir del Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011). Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014) Un Sistema de Cuentas de Salud. Edición 2011.

3. ARTÍCULOS:

c) Institucionalización de Cuentas de Salud *Por: Eco. Athenas Yabar*

RESUMEN:

La Institucionalización de Cuentas de Salud es uno de los procesos más complejos del Sector Salud. Esto debido a que se requiere una producción sostenida en el tiempo en la producción de Cuentas de Salud (CS) bajo la metodología SHA 2011 y que los resultados puedan contribuir a la formación de políticas y toma de decisiones.

La importancia en la Institucionalización de las Cuentas de Salud de un país es que permite comparar indicadores a nivel nacional e internacional, además de implementar políticas. Por lo que el presente artículo se plantea con el objetivo de brindar pasos a seguir que contribuyan a Institucionalizar las Cuentas de nuestro país. Para ello se utilizará las recomendaciones dadas por la OPS en su informe sobre Institucionalización del Sistema de Cuentas de Salud SHA 2011 en América Latina (Washington D.C. 2021).

Palabras clave: Institucionalización de Cuentas de Salud, SHA 2011.

I. INTRODUCCIÓN:

La gran mayoría de los países de la región destinan muy por debajo del 6% de su PBI al sector Salud. Nuestro país está dentro de este grupo con un gasto público en salud de 3.3% del PBI aproximadamente y con 28.1% de gasto de Bolsillo (OPS, 2018). Este último porcentaje muy por encima del 20% recomendado por la OMS.

Para cambiar esta realidad es necesario Institucionalizar las Cuentas de Salud, de modo que contribuya a la generación de políticas que logren transformar nuestro sistema de salud.

Ahora bien, lograr Institucionalizar las Cuentas tomará tiempo, por lo que el presente artículo tiene por finalidad dar algunas pautas que contribuyan con este proceso, en el marco de las recomendaciones brindadas por la OPS.

El artículo se estructura en tres secciones: una sección inicial con definiciones relevantes, seguida del planteamiento de las pautas a seguir que contribuyan con la Institucionalización de Cuentas y por último las conclusiones y recomendaciones.

II. DEFINICIÓN DE INSTITUCIONALIZACIÓN

La OMS define a la Institucionalización como un proceso que se encarga de la elaboración y uso de los resultados de las Cuentas de Salud. Para lograr la Institucionalización, el país debe producir las Cuentas de Salud de forma consecutiva, que sea costo-efectiva y que contribuya a la toma de decisiones (OPS, 2021).

III. SHA 2011 (System of Health Accounts)

El Sistema de Cuentas de Salud del 2011 SHA2011 por sus siglas en inglés fue elaborado por los expertos técnicos de la OCDE, la OMS y Eurostat que en conjunto pertenecen al Equipo internacional de Cuentas de Salud. Esta metodología tiene un enfoque Triaxial del gasto en salud.

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

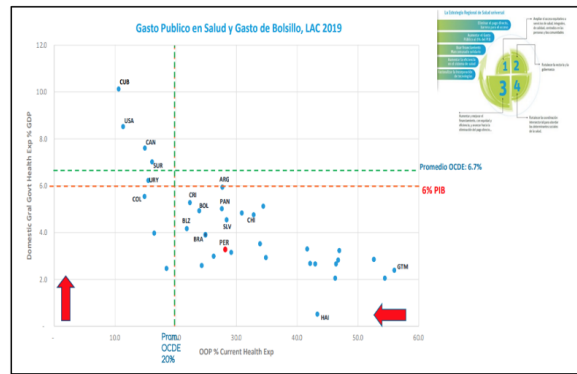
3. ARTÍCULOS:
c) Institucionalización de Cuentas de Salud Por: Eco. Athenas Yabar

Cada enfoque se relaciona con el consumo de servicios, la prestación de los mismos y el financiamiento de la salud. Ello permite que cada país pueda enfatizar los estudios y políticas en el área que más lo requieran o creen conveniente. Logrando de esta manera tener un análisis más integral. Asimismo, permite la comparación de indicadores a nivel nacional e Internacional y permite la implementación de políticas en el Sector Salud (OPS, 2021).

IV.SISTEMA PERUANO DE SALUD: SITUACIÓN ACTUAL.

La realidad de nuestro sistema de Salud lo describe el gráfico siguiente, donde se observa que el Perú se encuentra en el cuarto cuadrante con un gasto en salud del 3.3% del PBI y con un Gasto de Bolsillo superior al 28.1% del gasto total en salud. Ambos porcentajes lejos de las cifras óptimas indicadas por la OCDE. Que indica que el Gasto en Salud debe ser como mínimo el 6% del PIB y que el Gasto de Bolsillo no debe exceder el 20% del gasto total en salud.

Gráfico: Gasto Público en Salud y Gasto de Bolsillo



V.INSTITUCIONALIZACIÓN DE CUENTAS DE SALUD EN EL PERÚ

Para lograr la Institucionalización de Cuentas de Salud, son necesarios tres componentes estratégicos: la recolección de datos, la producción de cuentas y que los resultados obtenidos sean utilizados en la toma de decisiones (OPS, 2021).

Pero el cómo trabajar estos componentes es lo más importante y qué pasos se deben seguir para lograr la Institucionalización de Cuentas de Salud. En este sentido, primero se debe tener un grupo de trabajo dedicado específicamente a esa labor, que sea un personal técnico capacitado y que sus funciones estén bien definidas. Además, de contar con un marco de trabajo.

Segundo, asegurar la continuidad en producción de Cuentas de Salud. Para ello se debe tener un plan de acción y estar seguros que se tienen todos los insumos para poder producir las cuentas. En este punto muchos países de la región, incluido el nuestro, han tenido muchos inconvenientes, dado que las fuentes de información son diversas. En nuestro caso en específico se ha logrado avanzar sobre el eje de financiamiento, pero aún se tiene pendiente el eje de Consumo y Provisión.

Tercero, potenciar la responsabilidad de producir la Información. En este punto tenemos una Comisión de Cuentas de Salud, la cual debe estar integrada por todos los participantes o actores del Sistema de Salud de nuestro país, dado que son ellos quienes son los responsables de facilitar la información.

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

3. ARTÍCULOS:

c) Institucionalización de Cuentas de Salud *Por: Eco. Athenas Yabar*

Pero nuestra realidad es distinta, ya que no se tiene acceso a toda la información, principalmente del sector privado. Para superar esta limitación, se podría incorporar a la Comisión Nacional de Cuentas de Salud (CNCS) por ejemplo a la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS). Cabe precisar que es necesario contar con la información en forma oportuna. En este punto recomienda la OPS que sería de gran ayuda un Decreto Presidencial (OPS, 2021).

Cuarto, se debe garantizar los estándares de la información obtenida. Para ello ayudaría mucho compartir experiencias con instituciones especializadas en manejo de información y bases de datos. Por eso se cuenta con la ayuda del INEI.

Quinto, incentivar el interés por los resultados. Para ello se debe tomar en consideración que la comunicación es vital, debido a que habrán diferentes tipos de audiencias. Para ello debe darse la prioridad a la comunicación selectiva pero que sea coherente con los contenidos: tomadores de decisiones, universidades, centros de investigación, etc. En Costa Rica se propuso que sea desarrollado en colaboración con profesionales de comunicaciones (OPS, 2021).

VII.CONCLUSIONES:

Lograr la Institucionalización de Cuentas de Salud es vital para que un país pueda crear sus políticas que contribuyan a la mejora de su sistema de salud y de esta manera pueda aproximarse un poco más a la salud universal de su población.

Sin embargo, Institucionalizar las CS de un país no es nada sencillo y se debe aplicar la metodología SHA 2011.

Nuestro país ha implementado ciertas recomendaciones brindadas por OPS para lograr Institucionalizar las Cuentas de Salud. Una de ellas fue la creación de la Comisión Nacional de Cuentas de Salud, pero aún se tiene mucho trabajo pendiente, sobre todo en la producción de cuentas que debido a la pandemia no se ha podido avanzar.

Para lograr producir cuentas se debe tener la mayor cantidad de información posible que contribuya a ello. Pero la realidad en nuestro país es que muchas de las Instituciones que conforman la CNCS no brindan la información necesaria, por lo cual se requiere una reglamentación. En este sentido se debe respaldar normativamente.

Por otro lado, la información del sector privado y de la atención de primer nivel es escasa. Por lo que se recomienda incluir dentro de la CNCS a la SBS y a SISOL.

Lograr que la producción de Cuentas permanezca en el tiempo requiere de sistematización. Por lo que se recomienda solicitar apoyo a un equipo especializado en manejo de información y base de datos del INEI.

VI.BIBLIOGRAFÍA

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022). Institucionalización de CS. OPS.(2021).Institucionalización del Sistema de Cuentas de Salud SHA 2011 en América Latina. Washington, D.C.

3. ARTÍCULOS:

d) Gasto de Bolsillo en EsSalud

RESUMEN

El gasto de bolsillo de los hogares constituye una parte importante del financiamiento de la atención de salud; sin embargo, este gasto puede llegar a ser una proporción catastrófica de los ingresos disponibles, y llevar al hogar a una situación de pobreza. Para EsSalud la reducción del gasto de bolsillo en salud realizado por sus asegurados es prioritario y constituye un indicador que es objeto de seguimiento continuo.

Con este fin, EsSalud (2021) calcula el gasto de bolsillo en salud de los hogares donde el jefe del hogar está asegurado a EsSalud, para lo cual, considera el Módulo 34 Sumaria de hogares y el Módulo 4 Salud de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), tomando las recomendaciones del Banco Mundial (Xu, 2005). Por consiguiente, los resultados presentan información de los años 2008-2020 del Gasto Médico de Bolsillo del Hogar, por tipo de afiliación del jefe de hogar a un seguro de salud, tipo de componente del gasto y Red Asistencial, entre otras categorías de análisis.

Palabras clave: gasto de bolsillo en salud, indicador FONAFE.

I. INTRODUCCIÓN

El diagnóstico del problema que conlleva el gasto de bolsillo requiere de una estimación precisa de esta variable, por lo que, los países utilizan diferentes metodologías cuyos resultados son publicados en sus Cuentas de Salud.

Por: Eco. César Gil Malca

Las metodologías para la estimación del gasto de bolsillo utilizan como fuentes (i) la Encuesta Nacional de Hogares y (ii) la Encuesta Nacional de Hogares de Presupuesto Familiar de Ingresos y Gastos, (iii) Cuentas Satélites, entre otras.

En Perú, EsSalud considera el Módulo Sumarias de hogares e incorpora variables del Módulo de Salud a nivel de personas con el módulo de la Sumaria a nivel hogares de la ENAHOG, para obtener los gastos en salud de los miembros del hogar, tomando la definición del Banco Mundial (Xu, 2005). Mientras, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera sólo el Módulo 4 que es a nivel de personas sin considerar si son miembros del hogar. Por lo cual, se encuentran diferencias en los resultados.

En este contexto, a continuación se presenta el procedimiento que realiza EsSalud para determinar el Gasto Médico de Bolsillo del Hogar y sus resultados por tipo de afiliación del jefe de hogar a un seguro de salud, tipo de componente del gasto y Red Asistencial, entre otras categorías de análisis.

II. ¿QUÉ ES EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD?

EsSalud para determinar el gasto de bolsillo utiliza la definición de la World Health Organization Geneva (2005), que señala que son todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

3. ARTÍCULOS:
d) Gasto de Bolsillo en EsSalud

cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro.

III.CÁLCULO DEL GASTO DE BOLSILLO DE LOS ASEGURADOS DE ESSALUD

El estudio de EsSalud se elaboró con información de la base de datos de la ENAHO del periodo 2008 al 2020 del INEI. No obstante, para el segundo trimestres del 2020, producto de la pandemia del COVID-19, se aplicó un cuestionario reducido mediante entrevistas por teléfono en vez de entrevistas cara a cara, por lo que los resultados no son comparables con años anteriores.

En primer lugar, se incorpora las variables de gasto de salud del Módulo 4 de Salud al Módulo 34 Sumarias de hogares, para obtener los gastos en salud de los miembros del hogar. En segundo lugar, al gasto de los miembros del hogar se extrae el gasto en seguros del Módulo 6 de Gastos de Transferencias. Finalmente, se obtiene el gasto de bolsillo del hogar en consulta, medicinas, análisis, rayos x, otros exámenes, servicio dental, servicio oftalmológico, compras de lentes, vacunas, control de salud de los niños, anticonceptivos, hospitalización, intervención quirúrgica, controles por embarazo y atenciones de parto. Además, se caracteriza estos gastos por las variables socioeconómicas que incluye la ENAHO.

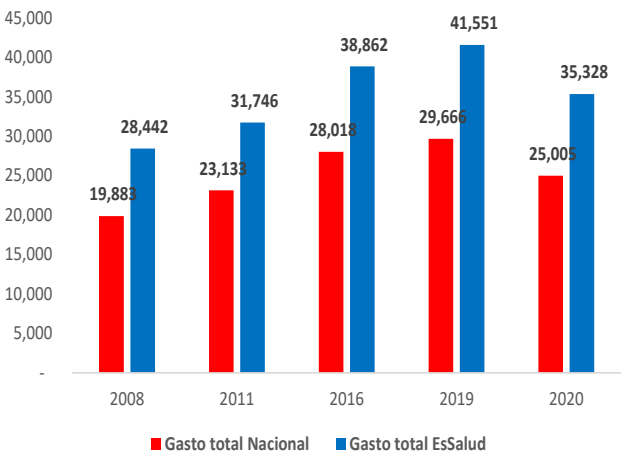
Por: Eco. César Gil Malca

Cabe señalar, que este cálculo del gasto de bolsillo se basa en la metodología de la World Health Organization Geneva (2005), monto menor que el publicado por la Global Health Expenditure Database de la Organización Mundial de la Salud (OMS) porque estos consideran el Módulo 4 Salud que es a nivel de personas sin importar que sea miembros del hogar.

IV.GASTO DE BOLSILLO EN SALUD REALIZADOS POR ASEGURADOS DE ESSALUD

En 2019 el gasto total promedio anual de los hogares (Canasta Básica de Consumo) donde el jefe de hogar está asegurado en EsSalud fue de S/ 41,551, un crecimiento del 49% respecto al 2008 que fue S/ 28,442; asimismo, fue mayor que el promedio nacional S/ 29,666 (2008: S/ 19,883).

Gasto promedio anual de los hogares con el jefe de hogar asegurado a EsSalud y a nivel nacional, 2008-2022



Nota: el valor del 2020 no es comparable porque se aplicó un cuestionario reducido, por lo que es referencial.

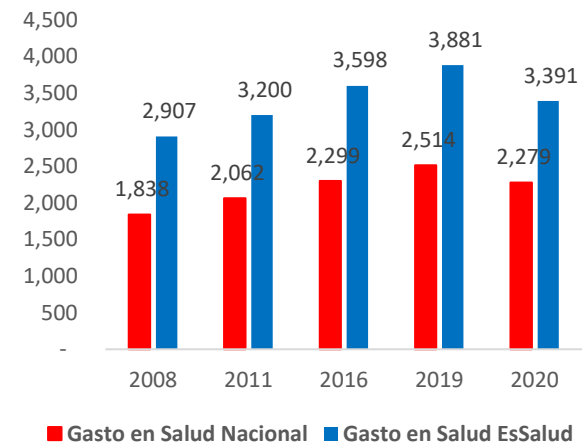
Fuente: EsSalud (2021).

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)
Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

3. ARTÍCULOS:
d) Gasto de Bolsillo en EsSalud

En 2019 el gasto promedio por cuidado de la salud de los hogares (donde el jefe de hogar está asegurado en EsSalud) fue de S/ 3,881, que representó un crecimiento del 34% respecto al 2008 que fue S/ 2,907; asimismo, fue mayor que el promedio nacional S/ 2,514 (2008: S/ 1,838).

Gasto promedio por cuidado de la salud de los hogares con el jefe de hogar asegurado a EsSalud y a nivel nacional, 2008-2020

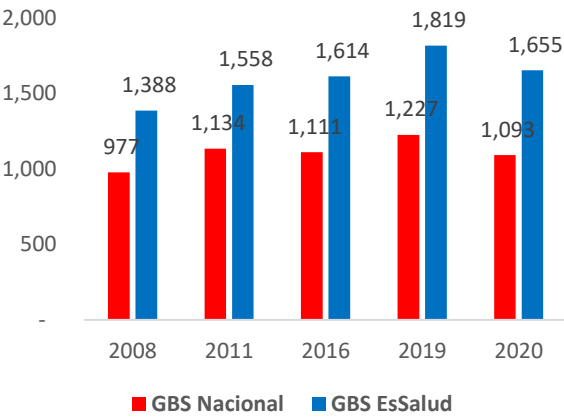


Fuente: EsSalud (2021).
Nota: el valor del 2020 no es comparable porque se aplicó un cuestionario reducido, por lo que es referencial.

En 2019 el gasto médico de bolsillo promedio de los hogares donde el jefe de hogar está asegurado en EsSalud fue de S/ 1,819 (representó el 47% del gasto promedio por cuidado de la salud), que representó un crecimiento del 31% respecto al 2008 que fue S/ 1,388; asimismo, fue mayor que el promedio nacional S/ 1,093 (2008: S/ 977).

Por: Eco. César Gil Malca

Gasto de bolsillo en Salud promedio de los hogares con el jefe de hogar asegurado a EsSalud y a nivel nacional, 2008-2020



Fuente: EsSalud (2021).
Nota: el valor del 2020 no es comparable porque se aplicó un cuestionario reducido, por lo que es referencial.

Respecto al gasto médico de bolsillo mensual, el mayor se da en hogares donde el jefe de hogar tiene seguro privado S/ 205 (2008: S/ 153), le siguen los hogares cuyo jefe está asegurado en EsSalud, S/ 152 (2008: S/ 116) y el menor lo realizan los hogares con jefe de hogar asegurado en el SIS, S/ 58 (2008: S/ 39).

De otro lado, el gasto médico de bolsillo promedio anual en EsSalud se diferencia según el producto o servicio que se adquiere. La mayor participación del gasto corresponde a compra de medicinas con 46.7%, le sigue el servicio dental y conexos con 21%, consulta y compra de lentes, ambos con 8%, análisis rayos X con 5.8%, entre los principales. Esta estructura es similar al que presenta el promedio nacional.

3. ARTÍCULOS:

d) Gasto de Bolsillo en EsSalud

La información en compra de medicamentos realizado por los hogares donde el jefe de hogar asegurado en EsSalud, ha ido disminuyendo en el transcurso de los años, de S/ 593 en el 2008 a S/ 418 en el 2020, lo que equivale a S/ 63. Asimismo, el mayor porcentaje de gasto de los hogares en medicina corresponde a automedicación o compra con receta anterior, el gasto promedio anual en medicinas del afiliado en EsSalud es S/ 418 y por concepto de compra por automedicación o compra con receta anterior es S/ 472.

Finalmente, en los dos últimos años, el mayor gasto promedio anual de bolsillo en compra de medicamentos, se presenta en la red asistencial de Tarapoto, y los que presentaron menores gastos en la compra de medicinas se encuentra las redes asistenciales de Juliaca, Puno, Moquegua, Ucayali y Pasco.

V.CONCLUSIONES:

EsSalud para determinar el gasto de bolsillo utiliza la definición de la World Health Organization Geneva (2005), que señala, que este gasto engloba todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud.

EsSalud calcula el gasto de bolsillo en salud de los hogares donde el jefe del hogar está asegurado a EsSalud, para lo cual, considerando el Módulo 34 Sumarias, que se encuentra a nivel de hogares, y el Módulo 4 Salud, a nivel de personas, a diferencia de la OMS, que considera sólo

Por: Eco. César Gil Malca

el Módulo 4 de personas sin considerar si son miembros del hogar, por lo cual se obtienen diferentes resultados.

En el periodo 2008 a 2019, el gasto médico de bolsillo promedio anual de los hogares donde el jefe de hogar está asegurado a EsSalud promedio anual de los asegurados a EsSalud ha aumentado de S/ 1,388 a S/ 1,819 (representó el 47% del gasto promedio por cuidado de la salud) y ha sido mayor que el promedio nacional. Si consideramos el gasto mensual por tipo de seguro, el de un asegurado a EsSalud fue S/ 152, monto superado por el promedio del gasto de los asegurados a un seguro privado (S/ 205). Asimismo, el principal componente del gasto médico de bolsillo es el gasto en medicinas superando el 40% del gasto total. Finalmente, el mayor gasto promedio anual en medicamentos se presenta en la red asistencial de Tarapoto.

VI.BIBLIOGRAFÍA:

EsSalud (2021) *Gasto de Bolsillo en Salud Realizado por Asegurados de EsSalud, 2008-2020*. Informe Técnico de la Gerencia de Gestión de la Información de la Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto.

World Health Organization Geneva (2005) *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodologías, Discussion paper number 2. Metodología por Ke Xu*.

4. MISCELÁNEA:

¿Qué es el CASE?

EL CASE son las siglas que corresponden al Comité Andino de Salud y Economía (CASE) del Organismo Andino de Salud (ORAS) del Convenio Hipólito Unanue (CONHU).

De acuerdo con la web institucional del Organismo Andino de Salud (ORAS), se busca la generación y difusión de evidencia científica en los siguientes temas:

- Inversión en salud para el desarrollo económico.
- Instrumentos de análisis y evaluación económica en salud.
- Institucionaliza los equipos de economía de la salud.
- Cuentas nacionales de salud.
- Indicadores de salud, economía y finanzas.

Nuestro país participa en las reuniones técnicas del CASE a través de la OPEE de la OGPPM del MINSA.

Los países miembros del CASE, son los países de la comunidad andina, tales como:

- Bolivia
- Colombia
- Ecuador
- Chile
- Perú
- Venezuela

Eventos del CASE del año 2022:

- Resúmenes de Memorias Institucionales del CASE de los últimos años.
- Cuentas de Salud bajo la metodología del SHA 2011.
- Programación y determinación de brechas de Recursos Humanos en Salud
- Fondos de Alto Costo y Gastos Catastróficos, así como determinación de Umbrales de Alto Costo.

El CASE desarrolla actividades a través de la planificación operativa de actividades que buscan cumplir con los objetivos de aporte a la solución de los problemas de la salud bajo la perspectiva de temas que relacionan la Salud y la Economía.

En el presente año 2022, en alianza con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) busca fortalecer la enseñanza de la Metodología del SHA 2011 para la generación y desarrollo de las Cuentas de Salud.

En la actualidad se encuentra planificando una actividad de consultoría relacionada con la determinación del umbral para enfermedades de alto costo para los países miembros del CASE.

Para mayor información acceder a la web:

www.orasconhu.org

Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE)

Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM)

Instituciones con investigaciones y estudios de Economía de la Salud:

- Organización Mundial de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud
- Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
- Banco Mundial
- Banco Interamericano de Desarrollo
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
- Organización Internacional del Trabajo
- Universidades
- Centros de Investigación
- ONG's
- Fundaciones
- Otros

Asociaciones de Economía de la Salud:

- Asociación de Economía de la Salud de España => www.aes.es
- Asociación de Economía de la Salud de Chile => www.aes-chile.cl
- Asociación de Economía de la Salud de Argentina => www.aesargentina.org
- Asociación de Economía de la Salud de Uruguay => www.aesuruguay.org.uy



Generación de Conocimiento en SALUD Y ECONOMÍA:

La Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos (OPEE) de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización (OGPPM), promueve a través del presente **Boletín de Salud y Economía** que tanto los órganos centrales y dependencias del MINSA, así como diversos actores académicos, privados o sociedad civil puedan proporcionar los resultados de sus estudios, trabajos de investigación, evaluaciones y similares en la que se presenten temas que vinculen la Salud y Economía, tales como: a) Producción, b) Financiamiento, c) Evaluaciones económicas, d) Inversiones, e) Costos, f) Presupuestos, g) Aseguramiento en Salud, h) Procesos, i) Tecnología en Salud, j) Atención Primaria y Hospitalaria, k) Farmacoeconomía, l) Capital Humano e Intelectual, entre otros.