

COMITÉ
INTERINSTITUCIONAL
DE CUENTAS DE SALUD
SEPTIEMBRE 2015



PARAGUAY CUENTAS DE SALUD

2012 - 2013



TESÁI HA TEKO
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



TETĀ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperá ko'ápa guive
Construyendo el futuro hoy

Catalogo por el Centro de Información y Documentación de la Representación de la OPS/OMS/PAR

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - MSPBS
Cuentas de Salud 2012 - 2013
Asunción: OPS/OMS, 2018, 56 págs.

ISBN: 978-99967-36-78-0

Presentación

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, presenta el tercer informe de Cuentas de Salud del Paraguay con la situación de salud, el financiamiento y gastos correspondientes a los periodos 2012-2013.

Al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, como ente rector del sector salud, le compete conducir e impulsar iniciativas con miras a fortalecer la gestión institucional. Una de las más importantes actividades es la elaboración y divulgación de las Cuentas de Salud.

Las Cuentas de Salud son instrumentos que muestran y conectan las fuentes y usos de los recursos financieros en salud; juegan un papel importante en la toma de decisiones de políticas de salud y planificación a través de la identificación de las fuentes clasificadas en públicas, privadas y cooperación externa.

El análisis de los datos recopilados, nos permite profundizar en el conocimiento de los principales indicadores de salud y relacionarlos con los indicadores macroeconómicos del país. Es una herramienta muy importante, puesto que señala la mejor utilización de los recursos financieros en salud, a fin de ser responsables y coherentes con el futuro saludable de nuestra sociedad.

La culminación del presente documento, fue posible gracias al esfuerzo realizado por la Dirección General de Planificación y Evaluación; el Comité Técnico Interinstitucional de Cuentas de Salud; y la cooperación técnica-financiera de OPS/OMS.

Dr. Antonio Barrios Fernández
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

- Dr. Antonio Barrios Fernández, Ministro de Salud
- Dra. María Teresa Barán, Vice Ministra de Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- Dr. Carlos Castillo Solorzano, Representante en Paraguay de la OPS/OMS

COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE CUENTAS DE SALUD

- Patricia Giménez León, Coordinadora General del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud y Directora General de Planificación y Evaluación_ MSPBS.
- Ana Laura Rojas, Banco Central del Paraguay.
- Rogelio Juan Pablo Ibañez, Hilda Benítez, Ministerio de Hacienda.
- Mario Ruíz Díaz, Juan Balbuena, Secretaria Técnica de Planificación.
- Ma. Elizabeth Barrios, Lourdes Leguizamón, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.
- Carlos Cáceres, Elena Aurora Brizuela, Superintendencia de Salud.

COMITÉ EDITOR

- Marta Viveros de Alfonso, Directora de Economía de la Salud. DGPE.
- Victoria Sosa Galeano, Jefe Departamento Inversión en Salud de la Dirección de Economía de la Salud DGPE.
- Manuel Vargas, Jefe de Departamento de Publicaciones y Comunicaciones, Dirección de Documentación Histórica_DGPE.
- Nancy Gadea de Torres, jefe del Dpto. Financiamiento en Salud de la Dirección de Economía de la Salud DGPE.
- David Debrott Sánchez, consultor OPS/OMS.

ASESORÍA TÉCNICA

- Pedro López, Asesor de Sistemas y Servicios, OPS/OMS Paraguay.
- Nilda Villacrés, OPS/OMS, Consultora OPS/OMS.
- David Debrott Sánchez, Consultor OPS/OMS.

ACRÓNIMOS

- ALD, Atención de Larga Duración.
- BCP, Banco Central del Paraguay.
- CIDA, Agencia de Desarrollo Internacional Canadiense.
- CLS, Consejo Locales de Salud.
- CNS, Consejo Nacional de Salud.

- CRS, Consejo Regionales de Salud.
- DCEP, Departamento de Control y Evaluación Presupuestaria.
- DGEEC, Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.
- DGGIES, Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos.
- DIBEN, Dirección de Beneficencia y Ayuda Social.
- FOCEM, Fondo de Convergencia Estructural del MERCOSUR.
- FONSALUD, Fondo Nacional de Salud.
- INAN, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición.
- IPS, Instituto de Previsión Social.
- ISFLSH, Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares.
- JICA, Agencia Internacional de Cooperación Japonesa.
- KOICA, Agencia Internacional de Cooperación Coreana.
- MSPBS, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- OCDE, Organización y Cooperación para el Desarrollo Económico.
- OMS, Organización Mundial de la Salud.
- OPS, Organización Panamericana de Salud.
- SEGIB, Secretaría General Iberoamericana.
- SEME, Servicios de Emergencias Médicas Extramural.
- SENADIS, Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad.
- SENEPA, Servicio Nacional de Erradicación de Enfermedades de Vectores.
- SUPSALUD, Superintendencia de Salud.
- USAID, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos.

ABREVIATURAS

- ACV, Accidente Cerebro Vascular.
- CA, Cálculo Auxiliar.
- DCO, Días Camas Ocupadas.
- EPH, Encuesta Permanente de Hogares.
- ETS, Enfermedades de Trasmisión Sexual.
- GCS, Gasto Corriente total en salud.
- INDIMOR, Indicadores de Mortalidad.
- n.e.p, Otros Servicios de Salud no clasificados en otra parte.
- NE, No estimado.
- NV, Nacido Vivo.
- PEI, Plan Estratégico Institucional.
- PIB, Producto Interno Bruto.
- PPA, Paridad del Poder Adquisitivo.
- SHA, Sistema de Cuentas de Salud.
- SICO, Sistema Integrado de Contabilidad .
- SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- SISVAN, Sistema de Información en Salud de Vigilancia Sanitaria.
- SNS, Sistema Nacional de Salud.
- USD, Dólares Americanos.

GLOSARIO

Algunos conceptos a considerar para la clasificación según el manual SHA 2011 son:

La atención curativa comprende los contactos con los servicios de salud con el objetivo principal de tratar los síntomas de la enfermedad o lesión, para reducir la gravedad, o para luchar contra la exacerbación o complicación de una enfermedad o lesión que puede poner en peligro la vida o el funcionamiento normal de una persona.

Con Internamiento: los contactos de menos de 24 horas que incluyan una estancia nocturna, en la que la persona abandona el establecimiento de salud al día siguiente de ser ingresado, se contabiliza como atención con internamiento, con independencia del propósito original. Los pacientes que ingresan por emergencias se deben incluir sólo si tienen que pasar la noche en un establecimiento hospitalario. En caso contrario se consideran pacientes ambulatorios.

La atención de día: comprende servicios médicos y paramédicos planificados prestados a pacientes para su diagnóstico, tratamiento u otro tipo de atención, pero con la intención de darle el alta el mismo día. En la atención de día se prestan servicios de atención preventiva, curativa, de rehabilitación y de larga duración.

Atención Ambulatoria: incluye servicios médicos y auxiliares prestados a un paciente que no queda ingresado en el establecimiento y por tanto no pasa la noche en el mismo.

Atención Domiciliaria: comprende los servicios médicos, auxiliares y de enfermería consumidos por los pacientes en su domicilio con presencia física del proveedor.

Atención de Rehabilitación: los servicios de rehabilitación estabilizan, mejoran o restauran las estructuras y funciones corporales afectadas, compensan la ausencia o pérdida de funciones y estructuras corporales, mejoran la actividad, la participación y previenen discapacidades, complicaciones médicas y riesgos.

Servicios Auxiliares (no especificados por función): se incluyen todos los servicios de salud no especificados por función, y en particular, los que el paciente consume directamente, durante un contacto independiente con el sistema de salud y que no forman parte integrada del paquete de servicios, tales como laboratorio, transporte de pacientes y rescate de emergencia.

Bienes Médicos (no especificados por función): se incluyen los productos farmacéuticos y los bienes médicos duraderos y no duraderos, cuyo uso se dirige a diagnosticar, curar, tratar o mitigar la enfermedad, tanto prescritos como de libre venta, sin modo de provisión y función especificadas.

La Atención Preventiva: se refiere a cualquier medida cuyo objetivo sea evitar o reducir el número o gravedad de lesiones y discapacidades, sus secuelas y complicaciones. La prevención supone una estrategia de promoción de la salud mediante un proceso en el que las personas puedan mejorar su salud controlando algunos de los determinantes inmediatos de la misma. Incluye una amplia gama de resultados esperados, que se abordan mediante distintas intervenciones, organizadas en prevención primaria, secundaria y terciaria.

Clasificación de los Factores de Provisión, Tabla FP: contiene los insumos utilizados para producir los bienes y servicios o actividades realizadas dentro del límite de las cuentas de salud.

Clasificación de Esquemas de Financiamiento, Tabla HF: componentes del sistema de financiamiento a la salud de un país que canalizan los ingresos recibidos y utilizan los fondos para pagar o comprar actividades dentro de los límites de las cuentas de salud.

Clasificación de Agentes de Financiamiento, Tabla FA: unidades institucionales que gestionan los esquemas de financiamiento. Un agente de financiamiento es una unidad institucional que participa en uno o más esquemas de financiamiento. Puede encargarse de recaudar ingresos, pagar (comprar) servicios de un determinado esquema de financiamiento de la salud, y participar en la gestión y regulación del financiamiento de la salud. Un agente de financiamiento puede gestionar el pago de los bienes y servicios de salud de distintas formas.

Clasificación de Ingresos de Financiamiento, Tabla FS: los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud recibido o recaudado a través de mecanismos de cotización específicos. El ingreso es un aumento en los fondos de los esquemas de financiamiento de la salud, que se realiza a través de mecanismos específicos de aportación. Las categorías de la clasificación son los distintos tipos de transacciones a través de las cuales los esquemas de financiamiento obtienen sus ingresos. El objetivo de esta clasificación es agrupar los tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento en categorías excluyentes.

Clasificación de Proveedores de Salud, Tabla HP: entidades que reciben el dinero a cambio de producir las actividades incluidas en los límites de las cuentas de salud. Los proveedores de salud comprenden un grupo de organizaciones y actores cuya actividad principal es la entrega de bienes y servicios de salud, así como otro grupo para el cual la prestación de servicios de salud es sólo una parte de las actividades que realizan.

Clasificación de Funciones de Atención, Tabla HC: los bienes y servicios prestados y actividades realizadas dentro de los límites de las cuentas de salud.

Clasificación de Cuenta de Capital, Tabla HK: los activos que los proveedores de salud han adquirido durante el período contable y que se utilizan de forma repetida o continua durante más de un año en la producción de servicios de salud.

Distribución de Gasto por Enfermedad, Tabla DIS: la clasificación funcional en el marco de cuentas de salud se centra en calcular el gasto corriente, lo cual supone un contacto de la población con el sistema de salud para satisfacer una necesidad de salud. En el plano contable, "función" se refiere "al tipo de necesidad que una transacción o grupo de transacciones pretende satisfacer y al objetivo que se persigue".

Gasto Corriente en salud: se refiere al consumo final, que es la demanda de bienes y servicios de salud de los hogares, de gobierno e instituciones sin fines de lucro.

Objeto de Gasto Nivel 500: Gastos de inversiones en adquisiciones de inmuebles, construcciones, reconstrucciones y reparaciones mayores de bienes públicos de capital, adquisiciones de maquinarias, equipos, semovientes y activos intangibles, inclusive estudios de proyectos de inversión destinados a conformar el capital fijo. Además, se utiliza este grupo de objeto en el Objeto del Gasto 965 para la aplicación de las deudas pendientes de pago de ejercicios anteriores cuando la naturaleza del gasto guarda relación con la inversión física.

Indice

1. Introducción	9
2. Contexto general del país	10
3. Sistema Nacional de Salud	13
4. Principales antecedentes metodológicos	15
4.1 Enfoques en Cuentas de Salud	15
4.2 Cuentas de Salud en Paraguay	17
4.3 Alcances	17
4.4 Clasificadores de Cuentas de Salud y fuentes de información	20
4.4.1 Tablas básicas del Sistema de Cuentas de Salud	20
4.4.2 Fuentes de información	24
5. Principales resultados de las Cuentas de Salud	26
5.1 Flujos de financiamiento y gasto en salud	26
5.2 Fuentes, esquemas y agentes de financiamiento	27
5.3 Gasto en salud por factores, proveedores y funciones	31
5.4 Uso analítico de los resultados	36
5.4.1 Análisis integrado en base a tablas cruzadas	36
5.4.2 Construcción de indicadores	42
6. Conclusiones	45
6.1 Proceso de elaboración de las cuentas de salud	45
6.2 Limitaciones del estudio y pasos a seguir	46
6.3 De los resultados a la política sanitaria	49
Anexos	50

1. Introducción

El análisis y monitoreo del financiamiento y el gasto en salud es un tema relevante no solo para valorar la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, sino también verificar el grado de equidad de los mismos entre muchos usos posibles de la información.

El uso de esta información es fundamental para la adecuada conducción política, gestión y transparencia del sector salud. Lo necesita el gobierno para cumplir adecuadamente sus funciones de rectoría sectorial, financiamiento y producción de servicios de salud. También lo necesitan los actores institucionales que conforman el sistema de salud y la comunidad.

Significa analizar el impacto de los recursos destinados a la atención de salud de la población y su relación con la efectividad de las políticas públicas para garantizar la oferta de bienes y servicios que promuevan un acceso efectivo y cobertura universal de salud, de la forma más equitativa posible.

Este documento tiene como objetivo poner a disposición de sectores de interés, en un mediano plazo, una serie histórica del gasto en salud, así como analizar y validar la metodología de construcción de las estadísticas de financiamiento y gasto en salud. Se ha centrado en la recopilación de la información del sector, la detección de los vacíos y problemas de la información; además de la estimación de una serie histórica de fuentes de financiamiento y gasto del sector salud de Paraguay.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) viene promoviendo un proceso de estimación de Cuentas de Salud en la región por medio de una metodología que permite la obtención de datos más detallados y más comparables internacionalmente.

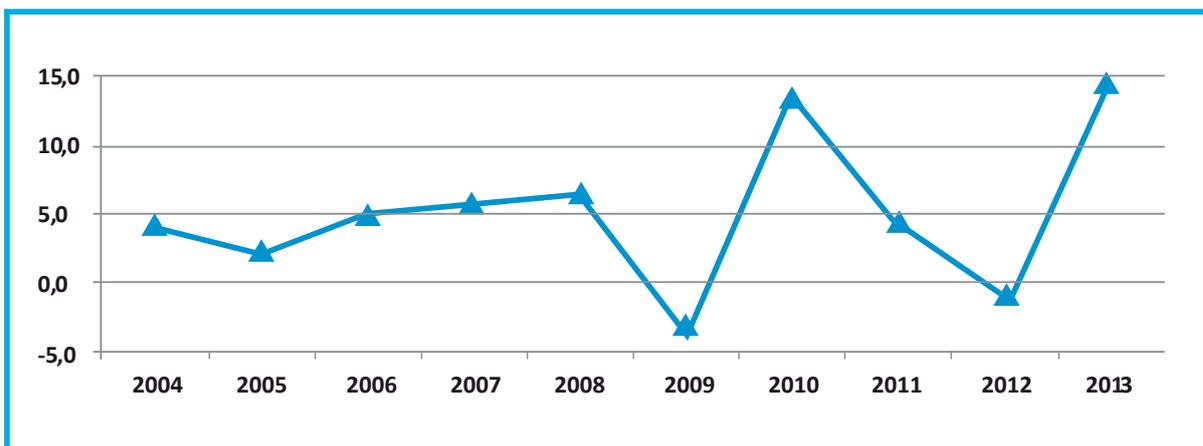
2. Contexto general del país

La República del Paraguay tiene una superficie de 406.752 Km² y contaba para el año 2013, con una población de 6.783.374 habitantes distribuidos en 17 Departamentos, aunque prácticamente el 40% de la población reside en la ciudad de Asunción y sus alrededores (Departamento Central). La distribución por sexo muestra una proporción de hombres del 51% y de mujeres de 49% ¹.

La densidad demográfica es baja, con una distribución desigual: 16,7 Hab/Km² a nivel nacional. En relación a grupos de edades el predominio es población joven, donde un 62% se concentra entre los 15 a 64 años lo que indica una alta concentración en la PEA, siendo 51 puntos porcentuales explicados por hombres y 49% mujeres. La población de 64 años y más es de un 5% ².

En el año 2013, el Producto Interno Bruto registró un record histórico de crecimiento con una variación anual del 14,2% en términos constantes debido principalmente a la dinámica del sector agrícola, tras la caída del 1,2% registrada en el año 2012. Este crecimiento económico implicó también un aumento del PIB por habitante en términos reales del 12,4%, después del 2,9% de caída correspondiente al año anterior.

Gráfico 1: Evolución del PIB, variación porcentual



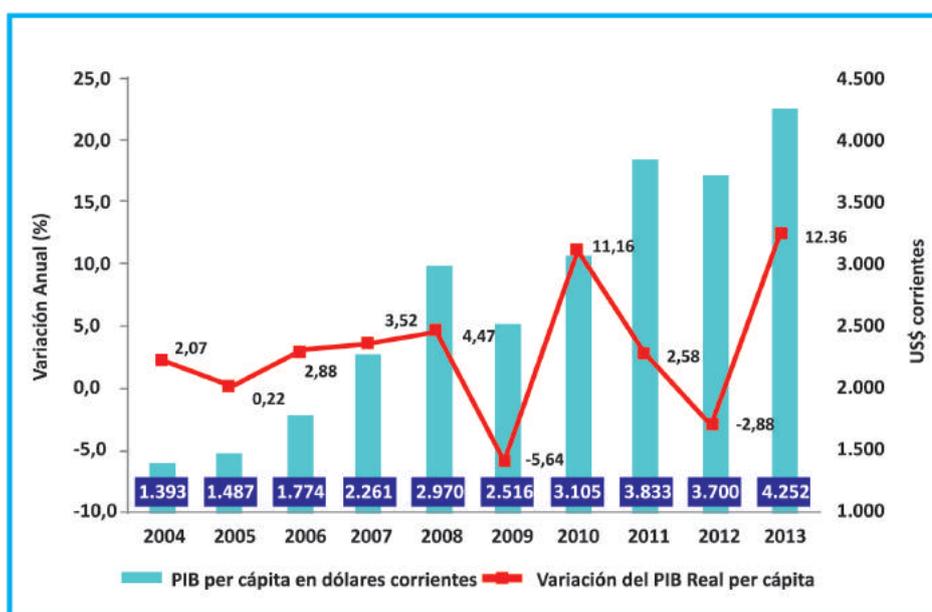
Fuente: BCP_ Estudios Económicos

Por otro lado, el PIB alcanzó el nivel de 28.845.613 miles de dólares en términos corrientes superior a los 24.690.711 miles de dólares corrientes registrados en el año 2012. El PIB per cápita en guaraníes corrientes fue de 18.405.745 en el año 2013 y 16.310.247 en el año 2012. El nivel de 4.252 dólares alcanzado por el PIB per cápita en términos corrientes fue superior a los 3.700 dólares corrientes registrado en el año 2012.

¹Fuente: DGEEC_Proyecciones de Población. DGEEC

²Fuente: DGEEC_Compendio Estadístico 2013.

Gráfico 2: PIB per cápita en dólares corrientes, Variación del PIB real per cápita. Años 2004 - 2013



Fuente: BCP_ Estudios Económicos

El crecimiento económico alcanzado en el 2013 se constituyó en una de las tasas más altas de la historia económica paraguaya desde que se mide esta variable y tuvo lugar en un contexto de equilibrio macroeconómico, disciplina fiscal, bajo nivel de endeudamiento público y un sistema financiero sólido. La inflación anual del año 2013 fue de 3,7%, el déficit fiscal alcanzó el 1,97% del PIB, las reservas internacionales representaron el 20,35%³.

El total de la Deuda Pública en relación al PIB al cierre del primer semestre, estimado para el ejercicio 2013 es de 12,2%, siendo el valor resultante inferior a los límites del 25% al 30%, establecidos por organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI)⁴.

La incidencia de la pobreza en el Paraguay constituye aún un gran problema. En efecto, si bien ha disminuido en este periodo, se mantiene en niveles elevados, fundamentalmente entre la población rural.

Conforme a los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares 2013, la población paraguaya considerada en situación de pobreza representa 23,8% del total de habitantes del país, lo que significa que cerca de 1 millón 600 mil personas residen en hogares cuyos ingresos son inferiores al costo de una canasta básica de consumo estimado para dicho año.

En el área rural, la pobreza total afecta en el mismo año aproximadamente a 33,8% de su población, mientras que el área urbana presenta una menor proporción de habitantes viviendo en condiciones de pobreza (17,0%).

En términos absolutos, la mayor cantidad de población pobre se encuentra en el área rural, albergando alrededor de 912 mil personas en tal situación, en tanto en el área urbana el número de pobres asciende a 676 mil personas aproximadamente (26% más pobres en el área rural respecto a la urbana). En consecuencia, en el ámbito rural la pobreza es más extendida tanto en incidencia como en cantidad absoluta.

La población en situación de extrema pobreza, también denominada indigente (aquella cuyos ingresos no superan el costo de una canasta mínima de consumo alimentario), llega a 677 mil personas aproximadamente, siendo mayor la proporción en el área rural (17,6% de sus habitantes) que en el área urbana (5,1% de la población urbana). Asunción y Central Urbano

³Fuente: BCP.

⁴Fuente: Informe de Finanzas Públicas 2013. Ministerio de Hacienda.

constituye el área con menor proporción de pobres extremos 4,5%. Igualmente, el mayor número de pobres extremos se encuentra en el área rural, albergando a aproximadamente 475 mil de ellos (70% de los pobres extremos). El área rural es la más afectada por la indigencia tanto en incidencia (porcentaje) como en valores absolutos (cantidad de personas)⁵.

Paraguay enfrenta desafíos relacionados a dos grupos de eventos que afectan a la salud de la población, por una parte la carga emergente y preponderante de las Enfermedades No Transmisibles y los accidentes de tránsito y por la otra, las afecciones de Enfermedades Transmisibles que representan viejos problemas no resueltos lo que genera una etapa de transición epidemiológica de doble carga de enfermedad.

Las cinco primeras causas de muerte (Enfermedades del Sistema Circulatorio, Tumores, Diabetes Mellitus, Enfermedad Cerebrovascular, Accidentes) son responsables de más del 56,9% de las defunciones que ocurren en el país.

Las defunciones por accidentes ocupan un lugar preponderante en Paraguay, siendo la causa de 7 defunciones por cada 100 muertes totales registradas. Los accidentes y violencia constituyen una causa importante de enfermedad y hospitalización.

La tasa de mortalidad infantil para el total del país en el año 2013 registrada por el Ministerio de Salud Pública fue de 14.61 por mil nacidos vivos, siendo las causas principales las lesiones debidas al parto (4,9%), malformaciones congénitas (3,7%) y las infecciones del recién nacido (1,3%). El sub-registro estimado, en las defunciones es del 26,4% y el de nacimientos el 30,1%⁶.

La razón de mortalidad materna, registrada por el MSPBS en el año 2012 fue de 84,9 y para el año 2013 fue de 96,3 es decir un aumento de 11,9 por cien mil nacidos vivos.

Las causas específicas de mortalidad materna sugieren una cadena de fracasos que pueden ser evitados, y que constituye uno de los principales desafíos para el Sistema de Salud.

Al año 2013, el 20,1% de la población cuenta con cobertura del seguro social a través del Instituto de Previsión Social (IPS), que presta servicios principalmente a trabajadores del sector formal y sus familiares; el 9% de la población cuenta con otro tipo de seguro médico privado voluntario, sea de entidades de pre pago o de cooperativas u otras instituciones sin fines de lucro. El 70,8% de la población no cuenta con seguro, por lo que le corresponde al MSPBS dar cobertura de salud. Los servicios dependientes del MSPBS otorgan cobertura universal, incluso a quienes poseen coberturas de seguros públicos y privados.

Cuadro N° 1: Población total por área de residencia, según tipo de seguro médico (1). Año 2013.

Tipo de Seguro Médico	Total país				
	Total	Urbana	Rural	Asunción	Central
Total	6.709.730	4.010.858	2.698.872	514.119	2.297.759
IPS	20,1	26,8	10,1	35,3	27,3
Otro tipo de seguro (2)	9	12,8	3,5	26,2	12
No tiene	70,8	60,4	86,4	38,4	60,7
No disponible	0	0	0	0,1	0

Fuente: DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2013

(1) Incluye: Seguro médico que el encuestado consideró principal

(2) Incluye: Seguro individual, laboral, familiar, militar y policial

Según datos de la EPH 2013, el 34,2% de la población se accidenta o enferma, y el 65,8% no ha reportado enfermedad o accidente. De las 2.291.901 personas enfermas o accidentadas, el 73,8% consultó y el 26,2% no consultó.

⁵Fuente: Principales Resultados de Pobreza y Distribución del Ingreso. EPH2013.DGEEC

⁶Fuente: INDIMOR 2013, DIGIES_MSPBS

3. Sistema Nacional de Salud

La Constitución Nacional vigente desde el año 1992 considera la salud como un derecho de todos los habitantes y establece que el Sistema Nacional de Salud ejecutará «acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado».

Para dar cumplimiento al mandato constitucional, la Ley 1032/96 creó el Sistema Nacional de Salud de Paraguay, disponiendo en el artículo 4° su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos y privados, estableciendo conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas e incorporando a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en las actividades de salud.

A través del sistema se pretende distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el sector salud y que los servicios sean prestados a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), está integrado por dos subsistemas: el subsistema público y el subsistema privado. El subsistema público está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; el Instituto de Previsión Social (IPS); los hospitales dependientes de las Fuerzas Públicas (Hospital de la Armada, Hospital Militar, Hospital de Policía); la DIBEN (Dirección de Beneficencia y Ayuda Social) cuyo objetivo es brindar servicios en salud con la provisión de insumos para medicina de alta complejidad, la SENADIS (Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las personas con discapacidad) cuyos objetivos además de evaluar y ofrecer consultas ambulatorias, odontológicas, laboratorio de análisis clínicos, imágenes es también desarrollar propuestas para diseñar programas de prevención, promoción de salud. Se encuentran en el sector público las dependencias de Gobernaciones y Municipalidades que prestan servicios en el sector salud; y por los hospitales dependientes de la Universidad Nacional de Asunción (Hospital de Clínicas y Centro Materno Infantil). El subsistema privado está integrado por entidades con fines de lucro y otras sin fines de lucro. Entre las entidades con fines de lucro se encuentran empresas aseguradoras de medicina pre paga, sanatorios, clínicas, institutos, laboratorios privados, otras entidades que prestan servicios de salud y profesionales independientes.

Estos subsistemas funcionan con diferentes modalidades de financiamiento, dan cobertura a distintos grupos poblacionales según su condición de empleo, posición social o simplemente según su capacidad de pago. Los servicios que proveen son variados y cada grupo poblacional recibe beneficios diferentes y con calidad diferente, los cuales se producen a través de procesos que no son homogéneos.

En la práctica, el Sistema Nacional de Salud trabaja en forma descoordinada, segmentada y fragmentada, con diversidad en sus modalidades de financiamiento, regulación, afiliación y provisión, lo que fomenta las desigualdades sociales en salud y falta de continuidad en el cuidado.

Intersectorialmente, la instancia de articulación del sistema de salud debería constituir los Consejos Nacionales, Regionales y Locales. Para finales de 2012, habían sido oficializados los Consejos Locales de Salud en 92% de los municipios. De ellos, 120 contaban con planes locales de salud, aunque los mismos no estaban alineados a un plan nacional⁷.

El sistema de salud presenta una alta segmentación y debilidades de articulación entre los diferentes subsectores. Las numerosas instituciones que componen el sistema están poco integradas.

Para brindar atención a las personas, el MSPBS organiza su oferta por niveles de atención: atención básica en puestos y centros de salud, de alcance local; atención materno infantil y baja complejidad en hospitales de alcance distrital; atención general y de mediana complejidad en hospitales regionales; y, atención especializada en hospitales de alcance nacional. Sin embargo, la oferta de servicios no es homogénea ni en los niveles de organización ni en la distribución socio-espacial de los establecimientos.

Para avanzar hacia la cobertura universal, durante el 2008 el MSPBS ha incorporado a las Unidades de Salud de la Familia (USF), donde funcionan uno o más Equipos de Salud de la Familia integrado por un médico, dos enfermeras y, en algunos casos, acompañados por promotores comunitarios de salud. Cada uno de estos equipos debe prestar atención a 3.000 a 5.000 familias cada una, tanto en establecimientos como en los hogares.

⁷PEI 2013-2018

4. Principales antecedentes metodológicos

4.1 Enfoques en Cuentas de Salud

El estudio de los sistemas y servicios de salud se apoya, entre otros elementos, en información y estadísticas económicas del sector. Tanto la gestión habitual como los procesos de reforma, requieren un dimensionamiento de aspectos tales como el gasto, el financiamiento y la producción de servicios y bienes relacionados al cuidado de la salud.

Hace más de medio siglo que se vienen realizando estudios que entregan este tipo de información, desde el trabajo pionero de Abel-Smith (1963) que analizó la situación de seis países con diferentes niveles de desarrollo, poniendo de relieve la importancia de los aspectos económicos en el análisis sanitario.

En la actualidad, este tipo de estudios, información y estadísticas reciben genéricamente el nombre de Cuentas de Salud. Bajo esta denominación se incluyen al menos tres enfoques metodológicos que interesa mencionar, principalmente por la presencia que estos mantienen en la región de América Latina y el Caribe.

La mayor parte de los estudios sobre financiamiento y gasto en salud, tanto en la región como a nivel internacional, y también los más antiguos en su género, corresponden a la denominada metodología de Harvard, también llamada Cuentas Nacionales de Salud.⁸ Esta consiste principalmente en la construcción de una matriz de doble entrada en la que se clasifican, de un lado los usos o Gasto Nacional en Salud, y del otro lado las fuentes de financiamiento de dichos gastos, con cierto nivel de desagregación mayor a público y privado.

El año 2000 la OCDE publicó un manual que denominó Un Sistema de Cuentas de Salud (también llamado SHA por sus siglas en inglés, System of Health Accounts), el que sistematiza la experiencia desarrollada durante décadas por los países miembros. En la práctica, el Sistema de Cuentas de Salud, en su primera versión, recogió la idea presente en la metodología de Harvard de introducir mayor desagregación en las fuentes de financiamiento, las que hasta antes de eso se habían tratado simplemente como públicas y privadas. Por primera vez se propone una Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud (denominada ICHA, por sus siglas en inglés, International Classification of Health Accounts).

Luego de una década de aplicación, el año 2011, la OCDE en conjunto con la Organización Mundial de la Salud y Eurostat, publicaron una versión revisada y corregida, que ha sido conocida como SHA 2011. Esta versión recoge en buena medida las recomendaciones formuladas por los organismos responsables de las estadísticas económicas del sistema de Naciones Unidas, en el sentido de adoptar los criterios metodológicos propios de las Cuentas Nacionales.

⁸Ver Berman (1996). El trabajo describe la evolución del enfoque de Cuentas Nacionales de Salud en una etapa previa a la aparición del primer manual del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE, también conocido como SHA versión 1 (por sus siglas en inglés, System of Health Accounts).

En paralelo a estos desarrollos metodológicos propios del sector salud, la comisión de estadísticas de Naciones Unidas liberó el año 1993 el manual del Sistema de Cuentas Nacionales⁹ (SCN o SNA, por sus siglas en inglés, System of National Accounts), trabajo colaborativo interagencial que implicó 25 años de esfuerzos para llegar a la creación de un único sistema de estadísticas económicas integradas a nivel mundial.

El SCN 1993 estableció, por primera vez en la historia, las directrices metodológicas, contables y de clasificación para la elaboración de las estadísticas económicas de los países y ha sido adoptado en el mundo entero. Más recientemente, el año 2008, fue publicada una actualización¹⁰ de dicho manual que se encuentra vigente y en proceso de implementación en la mayor parte de los países.

Tanto en la versión 1993 como en su actualización 2008, el SCN ha dedicado parte del manual de Cuentas Nacionales a desarrollar lo que denomina extensiones del marco central de las Cuentas Nacionales. Una de esas extensiones son las Cuentas y Análisis Satélite¹¹. Entre muchos tipos de cuentas y análisis satélite, las Cuentas Satélite de Salud o de los Servicios de Salud se han desarrollado e implementado durante los últimos quince años en diversos países de la región. OPS (2005) en conjunto con CEPAL realizaron el primer esfuerzo por sistematizar un manual específico de Cuentas Satélite de Salud.

De los tres enfoques que hemos mencionado, el presente trabajo de Cuentas de Salud de Paraguay se inscribe en los lineamientos del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE (SHA 2011). Sin embargo, tanto por limitaciones de la información primaria como por la necesidad de flexibilizar algunas categorías y clasificaciones del SHA que no siempre permiten la mejor comprensión de la realidad de los sistemas sanitarios de países latinoamericanos, se ha optado por implementar tales lineamientos metodológicos como criterios generales, haciendo algunas salvedades que serán advertidas cuando corresponda.

⁹Ver United Nations (1993).

¹⁰Ver Naciones Unidas (2008).

¹¹En la versión 2008, véase Capítulo 29.

4.2 Cuentas de Salud en Paraguay

La historia de las Cuentas de Salud de Paraguay, si bien es relativamente reciente, ha permitido disponer de importante información para el sector. En este proceso se distinguen dos periodos:

- El primero, en que se elabora una serie entre los años 1997 al 2001, y luego del 2002 al 2004, las que toman como base el enfoque que plantea el Manual preparado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la OMS del «Sistema de Cuentas de Salud», y las lecciones aprendidas en la estimación de esta información en otros países.
- El segundo, en que se elabora un ejercicio exploratorio el año 2007 para el sector institucional Gobierno. Este trabajo constituye un proceso de adaptación de las Cuentas de Salud basadas en el SHA a la metodología de las Cuentas Satélite de Salud. Dicha transición metodológica fue acordada durante el Taller de Armonización de Cuentas de Salud y Protección Social realizado en noviembre del 2005 en Montevideo, Uruguay.

En ambos periodos, el trabajo estuvo respaldado por el Decreto 20.608/2003 que dispuso la conformación del Comité Interinstitucional de las Cuentas de Salud, constituido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, quien coordina el mismo, por el Banco Central de Paraguay, el Ministerio de Hacienda, la Secretaria Técnica de Planificación, la Dirección Nacional de Estadísticas Encuestas y Censos, y la Superintendencia de Salud, con la finalidad de validar y mantener los indicadores económicos del sector salud.

El presente trabajo busca retomar dichas iniciativas y darles continuidad en el tiempo. Como punto de partida comprende la estimación de los años 2012 y 2013, aplicando los lineamientos del manual de Cuentas de Salud de la OCDE (SHA, versión 2011). La información generada servirá de insumo para desarrollar a la vez las Cuentas Satélites de Salud con las entidades correspondientes.

4.3 Alcances

De acuerdo al Sistema de Cuentas de Salud (OCDE, 2011), «la atención de la salud» comprende los servicios de salud individuales que se proporcionan directamente a las personas y los servicios colectivos que cubren las tareas tradicionales de la salud pública, como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, incluidos el establecimiento de normas y la administración de la salud. El control sanitario de alimentos, higiene y agua potable son funciones que se solapan con salud y se consideran en una categoría independiente como funciones relacionadas con la salud. Sin embargo no se desconoce su importancia como determinantes de salud.

Para definir el alcance del análisis de las Cuentas de Salud se clasificaron las diferentes unidades productivas y administrativas públicas, así como los organismos y empresas privadas, en los sectores institucionales correspondientes, de acuerdo a su función relacionada con salud.

Cuadro N°02: Clasificación de agentes en sectores institucionales

	Sectores Institucionales	Público	Privado
S.1		Economía Total	
S.11	Sociedades no financieras	Clínicas, hospitales, programas	
S.111		ITAIPU	
		ESSAP	
		SENASA	
S.113	Resto de sociedades no financieras privadas	Clínica, hospitales, programas privados	Directorio aparte de:
			Hospitales privados
			Clínicas
			Consultorios
			Farmacias
			Laboratorios clínicos
			Centros de imagen
S.12	Sociedades Financieras	Clínicas de:	
		Banco Central	
S.125	Sociedades de Seguros y Fondos de Pensiones		
	Sociedades de Seguros	Compañías de seguros que cubren servicios de salud	Directorio aparte de:
S.13	Gobierno General	Servicios de salud humana de:	
		MSPBS	
		Rectoría	
		Hospitales	
		APS	
		Ministerio del Interior Policia	
		Ministerio de Defensa (Sanidad Militar)	
		Hospital	
		Centros de Sanidad Militar	
		Superintendencia de Salud	
		Consejo Nacional de Salud	
		SENADIS	
S.1312	Organismos descentralizados	Clínicas y/o programas de:	
		Universidad Nacional Asunción	
		Hospital de Clínicas,	
		Instituto oncológico	
		Hospital de Clínicas	
		Centro Materno Infantil	
		DIBEN	
S.1313	Gobiernos locales	Clínicas y/o programas de:	
		Municipios (directorío aparte)	
		Gobernaciones (directorío aparte)	
		Solo los destinados a servicios de salud:	
S.1314	Fondos de Seguridad Social	IPS (directorío aparte)	
		Hospitales	
		Unidades Sanitarias	
		Puestos de Salud/UBA	
S.14	Hogares		Familias
S.15	Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH)		ONG de salud (directorío aparte)
S.2	Resto del mundo		

Fuente: Elaborado por consultora (OPS/OMS) Dra. Nilda Villacrés.

La clasificación en Sectores Institucionales de los agentes que intervienen en el sector salud, permite identificar las funciones económicas que cada uno de ellos cumplen en el sistema de salud.

La primera sectorización corresponde a identificar los agentes o unidades institucionales que operan al interior del país, respecto de aquellos que operan en el resto del mundo. Para efectos prácticos, las Cuentas de Salud de Paraguay consideran solamente los agentes que operan en el territorio nacional, asumiendo que cualquier transacción económica relevante en salud para su población ocurre allí.

Sin embargo, este tratamiento es una simplificación con criterio de relevancia económica y no representa exactamente la realidad, ni menos debe ser considerada como recomendación o modelo metodológico. Muchos países deben considerar esta distinción como un aspecto importante en el dimensionamiento económico del sector. Esto es particularmente importante en países que han desarrollado la industria del llamado turismo de salud o cuando un número importante de su población viaja a otros países a recibir tratamientos.

Al interior del país, los agentes o unidades institucionales se clasifican en cinco sectores.

Las sociedades no financieras corresponden en general al sector privado, con algunas excepciones, y representan unidades de producción de servicios y/o bienes. Para efectos de Cuentas de Salud todas las unidades que producen servicios ambulatorios, hospitalarios y de apoyo especializado (laboratorios clínicos, centros de imágenes, servicios de ambulancias, entre otros), quedarían clasificadas en este sector. Lo mismo ocurre con las unidades que producen y/o venden bienes tales como medicamentos, insumos clínicos y aparatos e instrumentos especializados.

Las sociedades financieras corresponden en general al sector privado, con algunas excepciones que en este caso no tienen aplicación en salud. Representan a unidades que participan en el sector financiero, no productivo, como bancos o seguros.

Para efectos de las Cuentas de Salud las sociedades financieras que más interesan son aquellas que cumplen la función de aseguramiento, como empresas de medicina prepaga y algunas cooperativas. En los casos en que estas unidades cumplen una doble función, como asegurador y también como unidad productiva (por ejemplo, centros médicos o clínicas), las Cuentas de Salud intentarán separar tales funciones y registrarlas de acuerdo a la importancia relativa de cada función. Esta separación no siempre es factible, ya que pueden existir importantes limitaciones en las fuentes de información primaria.

El sector Gobierno general agrupa a todas aquellas unidades que corresponden a organismos del gobierno central (administración del Estado central) y a los Gobiernos locales. Para efectos de las Cuentas de Salud todas las unidades que integran la administración del Estado en salud, partiendo por los Ministerios de salud y sus organismos dependientes (Superintendencias, organismos de salud pública, entre otros), quedan asignados en esta categoría. Los Fondos de la Seguridad Social pública pueden considerarse como parte de estas entidades o tratarse por separado, pero en cualquier caso también integran el sector Gobierno General. Cuando estos fondos cumplen la doble función de entidad aseguradora y prestadora de servicios, se tratará de realizar la separación de tales funciones.

Las Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH) son unidades privadas que, como su nombre lo indica, no tienen ánimo de lucro, por lo que se clasifican en una categoría diferente a las sociedades financieras y no financieras. Algunas cooperativas y mutuales, además de otras organizaciones no gubernamentales de ayuda, como la Cruz Roja, son parte de este sector institucional. Una característica particular de estas unidades es que deben prestar servicios o realizar su función hacia la población, lo que las distingue de otras instituciones sin fines de lucro que sirven al Gobierno o a las Sociedades, las que se clasificarán en tales sectores.

Los Hogares, como sector institucional, son todas las personas que habitan el territorio nacional, por lo que corresponde al total de la población. Genéricamente, este sector posee una doble función. Por un lado, se consideran aquí como productores a aquellos hogares compuestos por profesionales que ofrecen sus servicios en forma independiente, como médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, entre otros. Por otro lado, estos mismos hogares y todo el resto de los hogares se clasifican en este sector como usuarios/consumidores de servicios de salud y como beneficiarios de los diferentes esquemas de aseguramiento de salud que existen en el país.

La sectorización de la economía permite establecer funciones genéricas que cumplen las unidades allí clasificadas. En primer término, los Hogares son los únicos destinatarios del consumo final individual, mientras que el Gobierno General y las ISFLSH son los únicos destinatarios del consumo colectivo que luego siendo transferido a los Hogares bajo la forma de Transferencias Sociales en Especie. En tanto, las sociedades no financieras solo cumplen la función de producir o intermediar bienes y servicios para los Hogares, el Gobierno y eventualmente para las ISFLSH, mientras las sociedades financieras solo realizan la función de intermediación financiera o aseguramiento.

De esta forma, un sistema fragmentado y segmentado como es el sector salud en la mayor parte de los países latinoamericanos, puede ser analizado en su dinámica económica con cierta simplicidad y racionalidad funcional.

4.4 Clasificadores de Cuentas de Salud y fuentes de información

4.4.1 Tablas básicas del Sistema de Cuentas de Salud

El Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE (SHA 2011) considera una serie de tablas y clasificaciones que tienen por finalidad organizar la información y proporcionar diferentes enfoques de análisis. Algunas de esas tablas son difíciles de construir por falta de información primaria o porque requieren un trabajo de análisis previo de naturaleza distinta al levantamiento de las tablas que presentan información sobre financiamiento y gastos en salud.

En esta versión de las Cuentas de Salud de Paraguay, se ha optado por compilar la información y construir las que se consideran tablas básicas del sistema. Con esta información se puede tener un dimensionamiento bastante amplio del sector y proporcionan datos útiles para la gestión y los procesos de reforma. Otras tablas, de mayor complejidad, no han sido incluidas en esta versión, pero serán levantadas con posterioridad para aportar información adicional.

A continuación, se describen las principales características de las tablas que han sido preparadas.

a) Clasificación de los Factores de Provisión (FP)

Los trabajos de recopilación de información fueron iniciados con esta tabla en particular, considerando que sus requerimientos coincidían con el esquema presupuestario que se maneja en el país. Es necesario tener en cuenta que las partidas de inversión, que corresponden al nivel 500 del clasificador presupuestario, fueron excluidas de esta tabla.

De acuerdo al SCS "los factores de provisión se definen como el valor de los insumos utilizados en el proceso de prestación de servicios de salud. El límite de lo que es servicios de salud determina lo que se incluye como prestación de los mismos y por tanto los factores de provisión por proveedor. La provisión supone un conjunto de factores de producción: mano de obra, capital, materiales y servicios externos para prestar los bienes y servicios de salud. Se refiere no solo a los recursos específicos de salud, sino también a insumos específicos no de salud necesarios para generarlos, todos ellos importantes en términos de eficiencia" (OCDE, 2011: 239). Véase Anexos Cuadro N° 1.

b) Clasificación de Esquemas de Financiamiento (HF)

Esta tabla presenta a los principales “módulos” de la estructura funcional del sistema de financiamiento de la salud: los principales mecanismos de financiamiento, con los que se pagan los servicios de salud que la población recibe. Las categorías de los esquemas de financiamiento de la salud facilitan la notificación de los gastos políticamente relevantes a fin de que sea posible compararlos a lo largo del tiempo y entre diferentes países.

Esta tabla, tiene directa relación con las tablas de Agentes de Financiamiento y Fuentes de Ingresos, para los Esquemas del Gobierno Central se han incluido a las siguientes instituciones: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Ministerio del Interior- Policía; Ministerio de Defensa- (Sanidad Militar); SENADIS; DIBEN; Universidad Nacional Asunción - Hospital de Clínicas, Instituto Oncológico; en los Esquemas de Gobierno Estatal/Regional/Local se han incluido los presupuestos de las Gobernaciones y Municipalidades. En la clasificación Otros Seguros Voluntarios complementarios/suplementarios, incluye los datos obtenidos de las instituciones privadas. Para pagos directos excluidos costos compartidos (copagos), considera los gastos de hogares. Véase Anexos Cuadro N°2.

De acuerdo al SCS “El objetivo del marco contable es ofrecer una imagen clara y transparente de las transacciones básicas (flujos) y de la estructura del sistema de financiamiento a la salud de un país. Una contabilidad exhaustiva de los flujos financieros requiere herramientas que contabilicen las transacciones que se realizan para recaudar fondos y asignar recursos, así como de las unidades institucionales que participan en dichos procesos.” (OCDE, 2011: 174).

c) Clasificación de Agentes de Financiamiento (FA)

Esta tabla, al igual que la anterior, se completó conforme al requerimiento expresado en la descripción del Manual del SHA 2011, no requirió de cálculos auxiliares. Véase Anexos Cuadro N°3.

Los Agentes de Financiamiento son precisamente las unidades que operan al interior de los diferentes esquemas de financiamiento y que reciben los ingresos para el financiamiento del sistema. En consecuencia, existe una relación directa entre esta clasificación y aquellas correspondientes a los ingresos (FS) y a los regímenes de financiación (HF) (OCDE, 2011: 176).

d) Clasificación de Fuentes de Financiamiento (FS)

La información fue extraída del Presupuesto Obligado (o devengado), considerando las fuentes de financiamientos de las instituciones: Recursos del Tesoro, fuente 10; Recursos Institucionales, fuente 30; Crédito Público, fuente 20 y además los organismos financiadores de los mismos. Véase Anexos Cuadro N°4.

De acuerdo al SCS, “El ingreso es un aumento en los fondos de los esquemas de financiamiento a la salud, que se realiza a través de mecanismos específicos de aportación. Las categorías de la clasificación son los distintos tipos de transacciones a través de las cuales los esquemas de financiamiento obtienen sus ingresos. El objetivo de esta clasificación es agrupar los tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento en categorías excluyentes. Si fuera necesario, la categoría de ingresos se puede dividir en subcategorías que definan quien (o qué sector institucional) aporta el ingreso determinado. (Por ejemplo, el pre-pago voluntario como categoría de ingresos en los esquemas de financiamiento tiene dos subcategorías: pre-pago voluntario de los hogares, pre-pago voluntario de los empleadores, etc.) Los ingresos también pueden proceder de transferencias en especie (por ejemplo, ayuda extranjera en especie a los esquemas de financiamiento gubernamentales).” (OCDE, 2011: 222).

e) Clasificación de Proveedores de Salud (HP)

De acuerdo al SCS, “El principal objetivo de la clasificación de proveedores de servicios de salud es ser exhaustiva y completa, lo que significa incluir todas las organizaciones y actores

involucrados en la provisión de bienes y servicios de salud. En segundo lugar, todos los proveedores tienen que estar integrados en categorías que permitan la vinculación con las estructuras correspondientes a las funciones de salud (HC) y al financiamiento (HF). En tercer lugar, la clasificación tiene que estar descrita de forma tal que permita a los productores y usuarios de los datos, identificar el lugar donde habrán de clasificarse las organizaciones y participantes nacionales, dentro de las categorías HP." (OCDE, 2011).

Para completar esta tabla fue necesaria la utilización de varios cálculos auxiliares, debido a que por ejemplo, el MSPBS cuenta con prestadores de salud que no poseen una asignación presupuestaria propia, y que los recursos que las financian forman parte del presupuesto de las regiones sanitarias de sus respectivos departamentos. Esta misma situación se visualiza con el presupuesto del IPS, pues el mismo se representa de manera centralizada y no se cuenta con la asignación de recursos presupuestarios correspondientes a los establecimientos prestadores de salud que forma parte de su red.

El primer paso realizado fue contar con el presupuesto ejecutado, sin nivel 500 (inversiones), de cada dependencia presupuestaria que incluye la red del MSPBS. Se analizaron los datos acerca de los establecimientos de salud, por región sanitaria, proveído por la Dirección de Estadística, encontrándose que en su mayoría las Regiones Sanitarias cuentan con un Hospital Regional, Hospital Materno Infantil, Hospitales Distritales, Centros de Salud y Puestos de Salud. De modo a hacer una distribución más real, se solicitaron los datos de recursos humanos, sobre el monto que se destina para el pago a los funcionarios por establecimiento de salud, a la par, y previendo la posibilidad de retraso de lo solicitado a la DGRRHH se procedió a realizar un comparativo.

Este procedimiento consistió en tomar como parámetro la estructura de la Región Central que cuenta con una asignación presupuestaria definida y luego aplicarla a las demás.

En el segundo paso, dentro del cálculo, se suman los montos estimados de presupuesto de cada tipo de establecimiento de salud, más lo correspondiente al staff regional, estos montos se convierten en valores porcentuales que se trasladan luego, bajo cada línea presupuestaria de todas las regiones sanitarias. Este porcentaje es multiplicado por la cantidad de establecimientos de salud y la suma de los resultantes será considerado el 100% y comparado con el presupuesto regional, donde se hace una relación porcentual del presupuesto que da como resultado un monto presupuestario de acuerdo a la cantidad y tipo de establecimiento de cada región sanitaria.

Para la distribución de las demás entidades prestadoras de servicios de salud (IPS, Sanidad Militar, etc.) se consideró esta misma matriz, sin embargo los cálculos auxiliares fueron realizados, para IPS en base a su productividad, y los demás conforme información presupuestaria debido al reducido número de servicios dependientes fuera de su establecimiento principal. Véase Anexos Cuadro N°5.

f) Clasificación de Funciones de Atención de Salud (HC)

La clasificación de las funciones de atención de la salud es el punto de partida de las Cuentas de Salud. El manual del SHA 2011, para explicar la lógica de esta clasificación, recurre a la definición del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN 2008).

De acuerdo al SCS, "En el plano contable, "función" se refiere "al tipo de necesidad que una transacción o grupo de transacciones pretende satisfacer y al objetivo que se persigue". Las transacciones en la parte de los gastos resuelven la pregunta: ¿Cuál es el objetivo? (SCN 2008, 2.42). El proceso contable requiere identificar las transacciones y los recursos utilizados para satisfacer las necesidades de salud. En resumen, la clasificación funcional se refiere a la agrupación de los bienes y servicios de salud consumidos por usuarios finales (es decir, los hogares) con un objetivo específico de salud. Los servicios de salud generalmente se consumen en forma de conjunto de servicios integrados. De hecho, un contacto con el sistema de salud normalmente supone una combinación personalizada de servicios, por

ejemplo, servicios preventivos, curativos o de rehabilitación. Dichos servicios pueden estar o no estar integrados en un programa planificado, siendo a veces imposible separar cada uno de los componentes de dicho conjunto de servicios, cuando no forman parte de un programa con registros de gastos específicos.” (OCDE, 2011: 78-79).

De todas las tablas, esta es una de las que representó mayor dificultad para su llenado. El sistema de información con que cuenta el MSPBS no se adecua y es incompleta para emitir los informes necesarios de modo de obtener los insumos para la tabla.

Para realizar el cálculo estimativo de los montos presupuestarios que se deben incluir conforme los indicadores establecidos en la matriz, se utilizaron los datos suministrados por las dependencias ministeriales en su Informe Semestral de Avance de Metas, en el Formulario DCEP N° 02 Clasificación por Funciones de Salud de los periodos 2012 y 2013; en donde se visualizan las grandes funciones establecidas dentro del sistema de salud que son: Prevención, Promoción, Recuperación, Rehabilitación, Urgencias y Administración. Estas a su vez se dividen en subfunciones o actividades, que no pueden ser visualizadas en el mencionado formulario.

Los datos de producción del Formulario DCEP N° 02 de cada dependencia del MSPBS se transcribieron en una hoja de cálculo, de modo que sirvan para la distribución del monto presupuestario de cada dependencia según el peso de la producción funciones de atención.

Una de las variables de la tabla fue la necesidad de contar con el monto estimativo que se asigna a las Atenciones Curativas con Internamiento. Para la obtención de este dato se recurrió a los números de Días Camas Ocupados (DCO) por establecimiento de salud, que se obtuvo mediante el informe de Movimiento Hospitalario. La suma total de DCO fue ajustada a un denominador común con las consultas realizadas en los servicios, interpretadas como funciones de atención.

Para realizar esta unificación de unidad de medida, se tuvo como parámetro comparativo que 1 DCO = 96 consultas.

Este resultado se obtuvo, dado que el estándar de rendimiento de consultas es igual a 4 consultas por hora. Por lo tanto, 1 día (24 horas) equivale a 96 consultas.

En el cálculo auxiliar, se sumaron las consultas correspondientes a las diferentes funciones e internación, este total se relacionó con el presupuesto ejecutado (sin nivel 500) de cada dependencia, a partir de este cálculo se obtuvo la distribución del monto presupuestario de acuerdo al peso de cada cantidad de consulta en cada tipo de función.

La función Administrativa no fue incluida en este cálculo, debido a que no existen parámetros que hagan comparable la producción de esta función con las consultas.

Es necesario tener en cuenta que, al realizar la distribución presupuestaria de los hospitales entre las funciones de atención, se considera en su totalidad, pues las actividades administrativas sirven como servicio de apoyo a las funciones de los servicios finales en un establecimiento de salud. Sin embargo, del presupuesto de las Regiones Sanitarias deben ser excluidos los montos correspondientes al manejo del staff regional, pues estas no guardan relación directa, sus actividades, con las actividades de sus establecimientos de salud.

Otro punto que se consideró, guarda relación con que el monto del objeto de gasto 350, Medicamentos e Insumos, que es ejecutado por la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud, debido a que los procesos de adquisición de insumos y medicamentos hospitalarios tienen como objetivo ser distribuidos entre los diferentes establecimientos de salud, es necesario asignar un monto de este objeto de gasto entre los mismos. Para esta distribución, se consideró estimativamente lo asignado inicialmente en el presupuesto de cada dependencia, y en base al peso se prorrateó la asignación presupuestaria del monto para la adquisición de insumos y medicamentos hospitalarios.

La importancia de este cálculo radica en que, los montos de medicamentos deben ser incluidos dentro de las funciones de hospitalización, y de permanecer en la línea correspondiente a DIGGIES no podía establecerse la función de atención a la que corresponde y debería ser imputado en otra codificación de la matriz. Véase Anexos Cuadro N°6.

Tablas no incluidas

g) Clasificación de Capital (HK)

La tabla de capital, que representa las operaciones de inversión que realizan los agentes que participan en el sector salud, no ha sido levantada porque debe analizarse la información que debe contener conforme a Balance Contable de Bienes del Activo Fijo. Este tipo de información no se encuentra disponible ni para el sector público ni para el sector privado. Por otra parte, requiere estimaciones sobre consumo de capital fijo, que tampoco se encuentran disponibles. En consecuencia, es una tarea pendiente para el desarrollo de las Cuentas de Salud de Paraguay.

Por esta razón, al no incluirse los gastos de capital, el Gasto que reporta la presente versión de las Cuentas de Salud de Paraguay, corresponde al Gasto corriente. Por lo tanto, es necesario tener presente que existe una pequeña subestimación en el Gasto Nacional en Salud.

h) Distribución de Gasto por Enfermedad (DIS)

La tabla de distribución del gasto por enfermedades, en estricto rigor, corresponde a una extensión analítica que permite desagregar el gasto para efectos de análisis.

Aún no se dispone de número de morbilidades por tipo, para lo que se deberá trabajar coordinadamente con las Direcciones de Bioestadística de las instituciones. En consecuencia, no se ha levantado dicha tabla y constituye una tarea pendiente de las Cuentas de Salud de Paraguay.

Sin embargo, esto no genera diferencias de cálculo, ya que solo corresponde a una forma de presentación de la información.

4.4.2 Fuentes de información

En la presente estimación de las Cuentas de Salud se consideró el período 2012 - 2013 debido principalmente a que es necesario unificar el planteamiento metodológico que permita homologar la diversidad en la presentación de las cifras de financiamiento y gasto en años anteriores, tanto del sector privado como público.

Por otro lado, se consideró que la información de años más recientes, como son los años 2012 y 2013, es más oportuna para la toma de decisiones de la política pública de salud.

Para la elaboración de las tablas, matrices y cuadros se han utilizado diversas fuentes de información relacionadas con cada sector.

a) Sector Público

- Reportes de ejecución presupuestaria de gastos generados por el Sistema Integrado de Contabilidad General del Estado (SICO), consulta al sistema Boost¹² para los datos correspondientes a las instituciones individualizadas del sector público.
- Universidad Nacional de Asunción y de las Municipalidades con mayor concentración poblacional, se ha solicitado para triangular la información, sin embargo, la información se entregó consolidada.

¹²Sistema del que se extrae la información de la Pagina WEB del Ministerio de Hacienda de Paraguay.

Las cifras del sector público utilizadas, corresponden a cifras obligadas (o devengadas) de la ejecución presupuestaria del Presupuesto General de Gastos de la Nación en los diferentes ejercicios fiscales, es decir se han considerado las cifras de la etapa de emisión de documentos que representan una obligación de pago para la institución y que a su vez constituye el momento efectivo del gasto.

En el sector público, con la implementación del SICO en el año 1997 y el sistema Boost, se uniformó la presentación y clasificación de las cuentas contables de la administración central, regional y local lo que ha facilitado la obtención de la información. Sin embargo para el detalle requerido de las funciones de atención (productos) de los proveedores de servicios de salud, ha sido necesaria una recolección individualizada de las ejecuciones presupuestarias y de la producción para estimar cuanto han sido los gastos en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Debido al retraso en la entrega de información se decidió utilizar los datos oficiales del Anuario Estadístico publicado para los años 2012 y 2013 de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. A partir de esta información se establecieron pesos porcentuales, los mismos que fueron aplicados a los datos financieros del año 2013.

b) Sector privado

- La medición del gasto privado consistió en la utilización de los balances de las pre-pagas de los registros de la Superintendencia de Salud, sin embargo, para el análisis se requiere mayor desagregación para la clasificación de con fines de lucro y sin fines de lucro; y entre seguros y proveedores. No se cuenta con los datos de farmacias, ópticas, laboratorios, etc., privadas, por lo que se está identificando la fuente de información más apropiada.
- Para calcular el Gasto de Bolsillo en Salud se utilizó la información del Consumo Final de Hogares del sistema de Cuentas Nacionales del Banco Central, y la ponderación del peso en gasto de salud del IPC, porque utilizando estas fuentes, que poseen criterios de cuentas nacionales en sus clasificaciones, se evitan los sesgos que pudieran estar relacionados con la representatividad de la muestra (personas enfermas o accidentadas en el caso de Encuestas Permanentes de Hogares), o con el período de referencia (últimos siete días en el caso de EPH) además de las limitaciones inherentes a las respuestas del cuestionario.

Por concepto los gastos de bolsillo en salud engloban 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 cálculo de los gastos de bolsillo, los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia y los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro.

Referencias

- Abel-Smith (1963). https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/39726/1/WHO_PHP_17.pdf
- Berman (1996). <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/graphics/headers/publications/pdf/No-36s.PDF>
- OCDE (2000). <http://www.oecd.org/els/health-systems/1841456.pdf>
- United Nations (1993). <http://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/1993sna.pdf>
- Naciones Unidas (2008). <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/docs/SNA2008Spanish.pdf>
- OPS (2005). http://www.fundacionplenitud.org/cuentasaludalc/Documents/Manual_CSS_Version1.pdf

5. Principales resultados de las Cuentas de Salud

En el capítulo que sigue se presentan de manera analítica los principales resultados de las Cuentas de Salud de Paraguay para los años 2012 y 2013. Los resultados con mayor detalle se presentan en formato de planilla de cálculo que se adjunta a este informe.

El primer apartado presenta una visión esquemática de los flujos de financiamiento y gasto en salud, la que permite identificar la importancia relativa que poseen los diferentes agentes y unidades en las principales funciones del sistema de salud.

El segundo apartado presenta los resultados organizados a partir de las tres tablas de clasificación del financiamiento. El tercer apartado presenta los resultados organizados a partir de las tres tablas de clasificación del gasto.

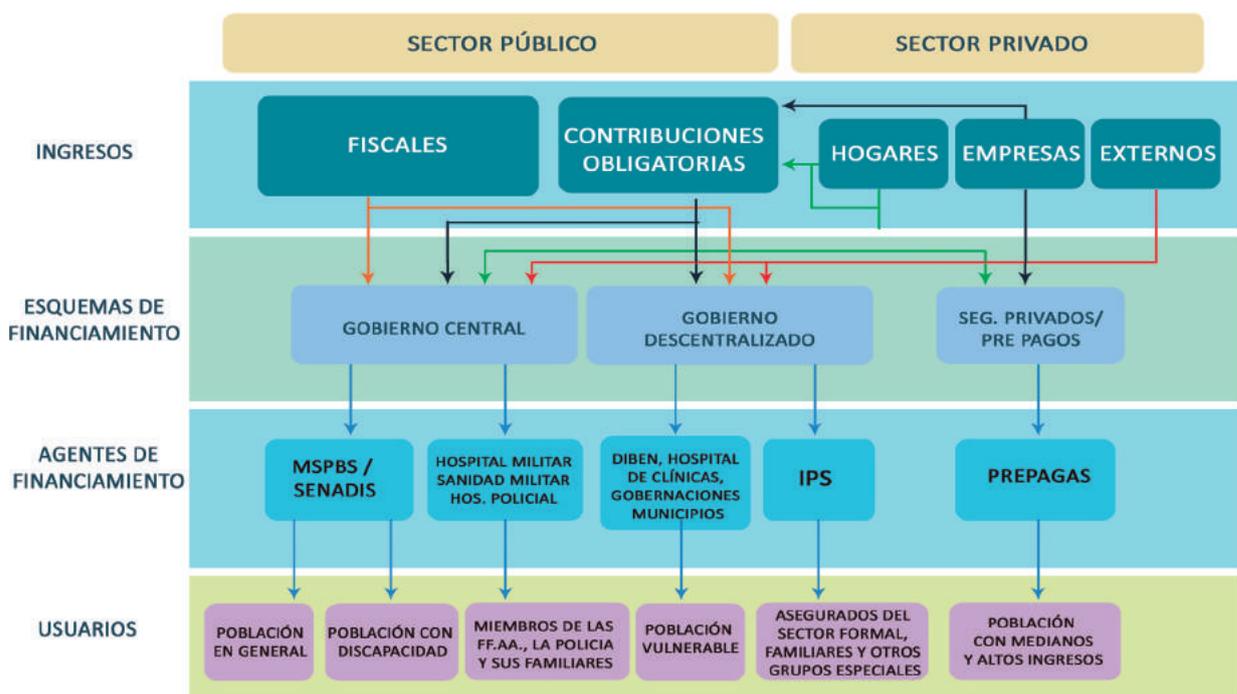
El cuarto apartado muestra algunos indicadores que pueden ser construidos con la información que proporcionan las Cuentas de Salud y que son de utilidad para la gestión sanitaria y los procesos de reforma en curso.

5.1 Flujos de financiamiento y gasto en salud

El proceso de elaboración de las Cuentas de Salud es un trabajo de investigación y análisis que permite conocer el sector salud, descubriendo aspectos que muchas veces son poco conocidos, incluso por las autoridades y académicos que se dedican al sector. Más allá de los resultados que se obtienen, el proceso de trabajo es una labor que aporta elementos cualitativos muy valiosos para la gestión del sector.

Los flujos de financiamiento y de gasto, que muestran la interacción entre los principales agentes que integran el sistema, son parte de este conocimiento y ayudan a entender la dinámica económica que mueve el sector.

Gráfico N°3: Esquema de flujos de financiamiento



5.2 Fuentes, esquemas y agentes de financiamiento

Fuentes de financiamiento

Las fuentes de financiamiento o ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud, corresponden a los distintos tipos de transacciones que permiten reunir los recursos para financiar el gasto en salud.

Tabla 1 Paraguay: Fuentes de financiamiento de la salud, 2012 - 2013

CODIGOS ICHA-FS	DESCRIPCIÓN	2012	PARTIC. %	2013	PARTIC. %	VAR. ANUAL %
FS.1	Transferencias fondos públicos internos	2.881.239.776.087	34,6%	2.882.411.662.449	32,9%	0,04
	FS.1.1 Transferencias y donaciones internas					0,00
	FS.1.2 Transferencias del gobierno a nombre de grupos específicos	2.641.802.664.749	91,7%	2.638.039.155.358	91,5%	-0,14
	FS.1.3 Subvenciones					0,00
	FS.1.4 Otras transferencias de los fondos públicos internos	239.437.111.338	8,3%	244.372.507.091	8,5%	2,06
FS.2	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno	22.256.655.147	0,3%	16.936.097.371	0,2%	-23,91
FS.3	Cotizaciones al seguro social	1.594.860.948.867	19,2%	1.550.840.560.529	17,7%	-2,76
	FS.3.1 Cotizaciones al seguro social de los trabajadores	624.076.023.470	39,1%	606.850.654.120	39,1%	
	FS.3.2 Cotizaciones al seguro social de los empleadores	970.784.925.397	60,9%	943.989.906.409	60,9%	
	FS.3.3 Cotizaciones al seguro social de los trabajadores autónomos					0,00
	FS.3.4 Otras cotizaciones al seguro social					0,00
FS.4	Pre-Pagos obligatorios (excluidos los de FS.3)	0		0		
	FS.4.1 Pagos anticipados obligatorios de personas y hogares					
	FS.4.2 Pagos anticipados obligatorio de empleadores					
	FS.4.3 Otros pagos anticipados obligatorios					
FS.5	Pagos anticipados voluntarios	644.402.785.027	7,7%	828.328.432.149	9,5%	35,66
	FS.5.1 Pagos anticipados voluntarios de personas y hogares	416.095.530.610		564.467.544.403		
	FS.5.2 Pagos anticipados voluntarios de empleadores					
	FS.5.3 Otros pagos anticipados voluntarios	228.307.254.417		263.860.887.746		
FS.6	Otros ingresos interiores n.e.p.	3.170.638.635.584	38,1%	3.471.040.028.280	39,6%	9,47
	FS.6.1 Otros ingresos de hogares n.e.p.	3.170.638.635.584		3.471.040.028.280		9,47
	FS.6.2 Otros ingresos de sociedades n.e.p.					
	FS.6.3 Otros ingresos de ISFLSH n.e.p. (instituciones sin fines de lucro)					
FS.7	Ingresos directos del extranjero	11.585.772.048	0,1%	13.053.271.670	0,1%	12,67
	FS.7.1 Ingresos financieros directos del extranjero	11.585.772.048		13.053.271.670		12,67
	FS.7.1.1 Ingresos financieros directos bilaterales	5.551.497.837		5.332.245.708		-3,95
	FS.7.1.2 Ingresos financieros directos multilaterales	6.034.274.211		7.721.025.962		27,95
TOTAL	TODOS LOS INGRESOS	8.324.984.572.760		8.762.610.052.448	100,0%	5,26

Fuente: Presupuesto Obligado del MH, datos de Balances de Superintendencia de Salud y datos de BCP.

La Tabla 1 muestra que para ambos años, la principal fuente de financiamiento del sistema de salud de Paraguay es la categoría Otros ingresos interiores o del país n.e.p. Esta fuente representaba un 38,1% del total de los recursos el año 2012, con cerca de 3,2 billones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó en un 9,5% nominal para el año 2013, cuando representaba un 39,6%, con cerca de 3,5 billones de guaraníes corrientes.

La segunda fuente de financiamiento del sistema, con una participación cercana a la anterior aunque inferior, son las transferencias de fondos públicos internos. El año 2012 esta fuente representó 34,6%, con cerca de 2,9 billones de guaraníes corrientes, magnitud que se mantuvo en términos nominales (aumentó en 0,04%). El año 2013 esta fuente representó un 32,9%, con cerca de 2,9 billones de guaraníes corrientes.

Con bastante distancia de las anteriores, aunque muy relevante en cuanto a magnitud, la tercera fuente de financiamiento está constituida por las cotizaciones a la seguridad social. El año 2012 esta fuente representó 19,2%, con cerca de 1,6 billones de guaraníes corrientes, magnitud que disminuyó en -2,8% nominal. El año 2013 esta fuente representó 17,7%, con cerca de 1,6 billones de guaraníes corrientes.

La cuarta fuente de financiamiento del sistema también se ubica muy distante de las anteriores, pero no por ello deja de ser relevante. Los prepagos voluntarios representaron en 2012 un 7,7%, con cerca de 644 mil millones de guaraníes corrientes. Esta magnitud fue la que más creció, registrando un 35,7% nominal. De esta forma, el año 2013 esta fuente representó un 9,5%, con cerca de 828 mil millones de guaraníes corrientes.

Si bien existen otras fuentes de financiamiento, su participación no es significativa para efectos del análisis del sistema de salud.

Esquemas de financiamiento

Los esquemas de financiamiento o de aseguramiento de la salud, corresponden a los arreglos institucionales que caracterizan a los distintos subsistemas que coexisten en el sistema de salud del país. Estos esquemas están integrados por diferentes agentes o instituciones específicas, pero las trascienden. Así mismo, los diferentes esquemas de financiamiento, independientemente de su naturaleza, pueden recibir diferentes fuentes de financiamiento, aunque hay algunas que los caracterizan.

Tabla 2 Paraguay: Esquemas de financiamiento de la salud, 2012 - 2013

CODIGO ICHA-HF	DESCRIPCIÓN	2012	PARTIC. %	2013	PARTIC. %	VAR ANUAL %
HF.1	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contributivos y obligatorios	4.509.943.152.149	54,2%	4.463.241.592.019	50,9%	-1,04%
HF.1.1	Regímenes públicos	2.915.082.203.282	35,0%	2.912.401.031.490	33,9%	-0,09%
HF.1.1.1	Esquemas del gobierno central	2.883.531.729.916	34,6%	2.879.391.977.278	32,9%	-0,14%
HF.1.1.2	Esquemas del Gobierno estatal/regional/local	31.550.473.366	0,4%	33.009.054.212	0,4%	4,62%
HF.1.2	Esquemas obligatorios contributivos de la seguridad social	1.594.860.948.867	19,2%	1.550.840.560.529	17,7%	-2,76%
HF.1.2.1	Esquema de Seguro salud	1.594.860.948.867	19,2%	1.550.840.560.529	17,7%	-2,76%
HF.1.2.2	Esquemas de seguros privados obligatorios					
HF.1.3	Cuentas de ahorros médicos obligatorios					
HF.2	Esquemas voluntarios de pagos por atenciones de la salud (excluidos los pagos directos de los hogares)	644.402.785.027	7,7%	828.328.432.149	9,5%	28,54%
HF.2.1	Esquemas de seguros médicos voluntarios	416.095.530.610	5,0%	564.467.544.403	6,4%	35,66%
HF.2.2	Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	228.307.254.417	2,7%	263.860.887.746	3,0%	15,57%

	HF.2.3	Esquemas de financiamiento de empresas					
	HF.2.3.1	Esquemas de financiamiento de empresas (excepto los proveedores de salud)					
	HF.2.3.2	Esquemas de proveedores de salud					
	HF.3	Pagos directos hogares	3.170.638.635.584	38,1%	3.471.040.028.280	39,6%	9,47%
	HF.3.1	Pagos directos excluidos costes comparativos	3.170.638.635.584	38,1%	3.471.040.028.280	39,6%	9,47%
	HF.3.2	Costes compartidos con terceros (Copagos)					
	HF.4	Esquemas de financiamiento restos del mundo (no residentes)					
	TOTAL	Todos los esquemas	8.324.984.572.760	100%	8.762.610.052.448	100%	5,26%

Fuente: Presupuesto Obligado del MH, datos de Balances de Superintendencia de Salud y datos de BCP.

La Tabla 2 muestra que ambos años el principal esquema de financiamiento de la salud en Paraguay es el que corresponde a Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contributivos y obligatorios, el que representa un 54,2% el año 2012, con cerca de 4,5 billones de guaraníes corrientes, magnitud que se redujo en -1,04% el año 2013, cuando representó un 50,9%, con poco menos de 4,5 billones de guaraníes corrientes.

Al interior de este esquema, los Regímenes públicos predominan, representando 35,0 puntos porcentuales los 2012 y 33,2 puntos porcentuales el 2013, en tanto los Esquemas de seguridad social contributivos obligatorios representan 19,2 puntos porcentuales los 2012 y 17,7 puntos porcentuales el 2013.

En segundo lugar, los Pagos directos de hogares representaron el año 2012 un 38,1%, con cerca de 3,2 billones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó un 9,47% el año 2013, cuando llegó a representar 39,6%, con cerca de 3,5 billones de guaraníes corrientes. Cabe tener presente que, al interior de este esquema, la totalidad corresponde a Pagos directos de hogares (excluidos copagos), por lo que en la práctica corresponde a gastos que realizan los hogares sin ninguna cobertura de esquemas institucionales de seguridad social de salud.

Por último, los Esquemas voluntarios de pagos por atenciones de la salud (excluidos los pagos directos de los hogares) representaron en 2012 un 7,7%, con 644 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó en 28,54% el año 2013, cuando llegó a representar 9,5%, con 828 mil millones de guaraníes corrientes.

Agentes de financiamiento

Los agentes de financiamiento son unidades específicas, instituciones y empresas, que realizan la función de recaudar fondos y financiar servicios de salud, ya sea sobre la base de compra, presupuesto o provisión propia. Estas unidades se agrupan de acuerdo a características que permiten su comparabilidad internacional.

Tabla 3 Paraguay: Agentes de financiamiento de la salud, 2012 – 2013

CÓDIGO ICHA FA	DESCRIPCIÓN	2012	PARTIC. %	2013	PARTIC. %	VAR. ANUAL %
FA.1	Administración Pública General	4.509.943.152.149	54,2%	4.463.241.592.019	50,9%	-1,04
FA.1.1	Administración Central	2.883.531.729.916	34,6%	2.879.391.977.278	32,9%	-0,14
FA.1.1.1	Ministerio de Salud Pública	2.722.738.158.917	32,7%	2.674.507.646.636	30,5%	-1,77
	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	2.722.738.158.917	32,7%	2.674.507.646.636	30,5%	-1,77
FA.1.1.2	Otros ministerios y unidades públicas	160.793.570.999	1,9%	204.884.330.642	2,3%	27,42
	Ministerio del Interior – Hospital de Policía	4.203.554.452	0,1%	7.321.393.672	0,1%	74,17
	Ministerio de Defensa – Sanidad Militar	8.026.466.428	0,1%	6.698.416.071	0,1%	-16,55
	SENADIS	33.385.783.275	0,4%	46.874.724.362	0,5%	40,40
	DIBEN	30.279.123.558	0,4%	31.752.703.989	0,4%	4,87
	Universidad Nacional de Asunción - Hospital de Clínicas, Instituto Oncológico	84.898.643.286	1,0%	112.237.092.548	1,3%	32,20
FA.1.1.4	Agencia del Seguro Nacional de Salud					
FA.1.2	Administración provincial/regional/local	31.550.473.366	0,4%	33.009.054.212	0,4%	104,62
	Municipios	NE	0,0%	NE	0,0%	
	Gobernaciones	31.550.473.366	0,4%	33.009.054.212	0,4%	4,62
FA.1.3	Agencia de la Seguridad Social	1.594.860.948.867	19,2%	1.550.840.560.529	17,7%	-2,76
FA.1.3.1	Agencia del seguro social enfermedad	1.594.860.948.867	19,2%	1.550.840.560.529	17,7%	
	IPS	1.594.860.948.867	19,2%	1.550.840.560.529	17,7%	-2,76
FA.1.3.2	Otras agencias de la Seguridad Social					
FA.1.9	Todas las demás unidades de la administración pública general					
FA.2	Empresas de seguros	644.402.785.027	7,7%	828.328.432.149	9,5%	28,54
FA.2.1	Compañías de seguros comerciales	416.095.530.610	5,0%	564.467.544.403	6,4%	
FA.2.2	Organización de seguros mutuales y sin fines de lucro	228.307.254.417	2,7%	263.860.887.746	3,0%	
FA.4	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)		0,0%		0,0%	
FA.5	Hogares	3.170.638.635.584	38,1%	3.471.040.028.280	39,6%	9,47
FA.6	Resto del mundo					
TOTAL	Todos los agentes	8.324.984.572.760	100%	8.762.610.052.448	100%	5,26

Fuente: Presupuesto Obligado del MH, Balances de Superintendencia de Salud, DGEEC, y BCP. NE: No estimado.

La Tabla 3 muestra que el primer grupo de agentes de financiamiento corresponde a la Administración pública general, la que el año 2012 representó un 54,2%, con 4,5 billones de guaraníes corrientes, magnitud que se redujo en -1,04% el año 2013, cuando representó 50,9%, con 4,4 billones de guaraníes corrientes.

Al interior de esta agrupación de agentes, destaca la Administración central con 34,6 puntos porcentuales el año 2012 y 32,9 puntos porcentuales el año 2013, en tanto las Agencias

de la seguridad social representaban 19,2 puntos porcentuales el año 2012 y 17,7 puntos porcentuales el año 2013.

En segundo lugar, se ubican los Hogares como agentes de financiamiento, representando 38,1% el año 2012, con 3,2 billones de guaraníes corrientes, magnitud que aumenta en 9,47% el año 2013, cuando alcanzó 39,6%, con cerca de 3,5 billones de guaraníes corrientes.

Finalmente, las Empresas de seguros, bastante lejos de los anteriores, registraron el año 2012 un 7,7%, con 644 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó un 28,54% el año 2013, representando un 9,5%, con 828 mil millones de guaraníes corrientes.

5.3 Gasto en salud por factores, proveedores y funciones

Factores de provisión

Los factores de provisión o de producción son los recursos (no financieros) que son utilizados por los proveedores de atención de salud, para elaborar o prestar los servicios o bienes que tienen como finalidad atender las necesidades de salud de la población. Corresponde al uso más primario e inmediato de los recursos financieros que han sido recaudados bajo los diferentes esquemas y por los diferentes agentes de financiamiento. En consecuencia, representa una desagregación por objeto del gasto o con un enfoque de costos de producción.

Tabla 4 Paraguay: Gasto en salud desagregado por factores de provisión, 2012 – 2013

ICHA-FP	DESCRIPCIÓN	2012	PARTIC.%	2013	PARTIC.%	VAR. ANUAL %
FP.1	Remuneraciones de los asalariados	3.154.424.116.578	37,9%	3.649.372.703.257	41,6%	15,69%
FP.1.1	Sueldos y Salarios	2.674.580.201.061	32,1%	3.069.718.779.573	35,0%	14,77%
FP.1.2	Cotizaciones sociales	35.601.985.000	0,4%	35.523.253.333	0,4%	-0,22%
FP.1.3	Todos los demás costos relacionados con los asalariados	444.241.930.517	5,3%	544.130.670.351	6,2%	22,49%
FP.2	Remuneraciones de los profesionales autónomos	15.855.765.798	0,2%	16.086.043.605	0,2%	1,45%
FP.3	Materiales y servicios utilizados	4.534.131.666.963	54,5%	4.265.935.917.134	48,7%	-5,92%
FP.3.1	Servicios de atención a la salud	1.096.287.195.296	13,2%	1.101.413.643.997	12,6%	0,47%
FP.3.2	Productos de atención a la salud	2.684.420.705.671	32,2%	2.409.002.006.949	27,5%	-10,26%
FP.3.2.1	Gasto en productos farmacéuticos	2.684.420.705.671	32,2%	2.409.002.006.949	27,5%	-10,26%
FP.3.2.2	Otros bienes de salud					
FP.3.3	Servicios que no son de atención a la salud	222.326.827.964	2,7%	190.192.582.190	2,2%	-14,45%
FP.3.4	Productos de atención no de salud	531.096.938.032	6,4%	565.327.683.998	6,5%	6,45%
FP.4	Consumo de capital fijo	NE		NE		
FP.5	Otras partidas de gastos relativas a los insumo	620.573.023.421	7,5%	831.215.388.452	9,5%	33,94%
FP.5.1	Impuestos	28.458.398.991	0,3%	27.253.679.566	0,3%	-4,23%
FP.5.2	Otras partidas de Gasto	592.114.624.430	7,1%	803.961.708.866	9,2%	35,78%
TOTAL	Todos los factores de producción	8.324.984.572.760	100,0%	8.762.610.052.448	100,0%	5,26%

Fuente: Presupuesto Obligado del MH, Balances de Superintendencia de Salud, DGEEC, y BCP.

NE: No estimado.

La Tabla 4 muestra que el principal componente de costos del sistema corresponde a Materiales y Servicios utilizados, el que representaba el año 2012 un 54,5%, con 4,5 billones de guaraníes corrientes, magnitud que disminuye en -5,92% el año 2013, cuando alcanzó 48,7%, con cerca de 4,3 billones de guaraníes corrientes.

Al interior de este componente, la mayor parte corresponde a Productos de Atención a la Salud, la que el año 2012 representaba 32,2 puntos porcentuales y el año 2013 alcanzó 27,5 puntos porcentuales. La totalidad de este subcomponente corresponde a Gasto en productos farmacéuticos. En tanto, el segundo subcomponente en importancia es Servicios de Atención a la salud, el que el año 2012 representó 13,2 puntos porcentuales y el año 2013 representó 12,6 puntos porcentuales. Otros subcomponentes son Productos de Atención no de Salud y Servicios que no son de atención de salud, los que representaron 6,4 y 2,7 puntos porcentuales el año 2012 y 6,5 y 2,2 puntos porcentuales el año 2013.

El segundo componente de costos del sistema corresponde a Remuneraciones de los Asalariados, el que representó 37,9% el año 2012, con 3,2 billones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó en 15,69% el año 2013, cuando alcanzó 41,6%, con más de 3,6 billones de guaraníes corrientes. Cabe tener presente que este componente de costos corresponde solo a los asalariados y no incluye a los profesionales autónomos.

El tercer componente de costos del sistema corresponde a Otras partidas de gastos relativas a los insumos, el que representó el año 2012 un 7,5%, con 620 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó en 33,94% el año 2013, llegando a 9,5% con 831 mil millones de guaraníes corrientes.

En último lugar en importancia en cuanto a la estructura de costos del sistema aparece el componente Remuneraciones de los Profesionales Autónomos, lo que llama la atención. Este componente representó el año 2012 un 0,2%, con cerca de 16 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó el año 2013 en 1,45%, representando 0,2% con poco más de 16 mil millones de guaraníes corrientes.

Resulta altamente probable que, por problema de información primaria, exista una subvaloración de este componente y que parte del valor correspondiente a Servicios de Atención a la salud esté incluyendo remuneraciones de profesionales. Esto es habitual, especialmente en la medida en que los servicios médicos muchas veces se constituyen en sociedades que se relacionan a través de venta de servicios con los prestadores institucionales, lo que hace que el costo de remuneraciones baje y aumente la compra de servicios.

Finalmente, cabe considerar que el componente Consumo de Capital Fijo no fue estimado en esta versión de las Cuentas de Salud de Paraguay por no disponerse de información primaria para levantar la Cuenta de Capital. Sin embargo, esto es habitual en las estadísticas económicas de salud, ya que corresponde a una estimación y no a gasto efectivo. De esta forma, el gasto corriente en salud se presenta como "neto" de Consumo de capital fijo¹³.

¹³Esto quiere decir que no incluye el potencial gasto estimado en desgaste del capital fijo. Cuando se incluye esa estimación, que aumenta los costos y, por lo tanto, el gasto corriente en salud, se habla de gasto corriente "bruto" en salud.

Proveedores de servicios y bienes de salud

El gasto en salud desagregado por Proveedores de servicios y bienes corresponde al valor generado por cada unidad productiva, agrupada de acuerdo a características técnicas de la producción. Cada unidad productiva genera ese valor utilizando los factores de provisión o producción que vimos anteriormente. Así mismo, la producción que genera cada unidad productiva es consumida por los usuarios o beneficiarios del sistema de salud, de acuerdo a las funciones que veremos más adelante.

Tabla 5 Paraguay: Gasto en salud desagregado por proveedores de servicios y bienes de salud, 2012 - 2013

ICHA HP	DESCRIPCIÓN	2012	PARTIC. %	2013	PARTIC. %	VAR. ANUAL %
HP.1	Hospitales	3.635.532.084.057	43,7%	3.644.080.744.242	41,6%	0,24%
HP.1.1	Hospitales Generales (regionales)	1.586.421.096.176	19,1%	1.691.102.251.449	19,3%	6,60%
HP.1.2	Hospitales de salud mental	26.163.916.863	0,3%	28.445.680.345	0,3%	8,72%
HP.1.3	Hospitales especializados (no de salud mental)	2.022.947.071.018	24,3%	1.924.532.812.448	22,0%	-4,86%
HP.2	Establecimientos de atención residencial de larga duración	NE		NE		
HP.3	Proveedores de atención de la salud ambulatoria	368.719.927.564	4,4%	381.201.121.330,0	4,4%	3,39%
H.P.4	Proveedores de servicios auxiliares	849.426.673.956	10,2%	952.302.945.246	10,9%	12,11%
HP.4.1	Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia	323.966.368.067	3,9%	364.302.568.944	4,2%	12,45%
HP.4.2	Laboratorios médicos y de diagnóstico	206.629.681.916	2,5%	224.026.827.044	2,6%	8,42%
HP.4.9	Otros proveedores de servicios auxiliares	318.830.623.973	3,8%	363.973.549.259	4,2%	14,16%
HP.5	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	1.639.910.208.506	19,7%	1.748.897.886.231	20,0%	6,65%
HP.6	Proveedores de atención preventiva	650.833.299.643	7,8%	549.714.535.353	6,3%	-15,54%
HP.7	Proveedores de administración y financiación del sistema atención salud	622.782.378.084	7,5%	721.419.598.714	8,2%	15,84%
HP.7.1	Agencias Públicas de administración de salud Gobierno- rectoría	442.560.627.362	5,3%	478.601.660.570	5,5%	8,14%
HP.7.1.1	Administración Central	339.361.189.114	4,1%	364.234.874.249	4,2%	7,33%
HP.7.1.2	Regiones Sanitarias	103.199.438.248	1,2%	114.366.786.321	1,3%	10,82%
HP.7.2	Agencias del seguro social de enfermedad	33.149.537.518	0,4%	37.287.528.102	0,4%	12,48%
HP.7.3	Agencias administrativas seguro médico privado	137.916.545.106	1,7%	195.300.275.762	2,2%	41,61%
HP.7.9	Otras agencias de administración	9.155.668.098	0,1%	10.230.134.280	0,1%	11,74%
HP.8	Resto de la economía	-		-		
HP.9	Proveedores de servicios relacionados con atención de la salud	557.780.000.950	6,7%	764.993.221.331	8,7%	37,15%
HP.10	Resto del mundo	-		-		
TOTAL	Todos los proveedores	8.324.984.572.760	100,0%	8.762.610.052.448	100,0%	5,26%

Fuente: Presupuesto Obligado del MH, Balances de Superintendencia de Salud, DGEEC, y BCP.

NE: No estimado.

La Tabla 5 muestra que la mayor parte del gasto en salud se concentra en Hospitales, los que registran un 43,7% el año 2012, con 3,6 billones de guaraníes corrientes, magnitud que crece marginalmente el 2013 con un 0,24%. De esta forma, el año 2013 representaba un 41,6%, con 3,6 billones de guaraníes corrientes.

Al interior de este componente, los Hospitales Especializados (no de salud mental) tienen una mayor participación, representando 24,3 puntos porcentuales los 2012 y 22,0 puntos porcentuales el 2013, en tanto los Hospitales generales (regionales) representaron 19,1 y 19,3 puntos porcentuales respectivamente.

La segunda categoría de prestadores corresponde a Minoristas y otros Proveedores de Productos Médicos, la que registró en 2012 un 19,7%, con 1,6 billones de guaraníes corrientes, magnitud que creció 6,65% el año 2013, registrando un 20,0%, con más de 1,7 billones de guaraníes corrientes.

La tercera categoría de prestadores corresponde a Proveedores de Servicios Auxiliares, la que alcanzó en 2012 un 10,2%, con 849 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que creció en 12,11% en 2013, cuando representó un 10,9%, con 952 mil millones de guaraníes corrientes.

Al interior de este componente, el gasto se distribuye en forma relativamente equivalente entre tres subcomponentes los años 2012 y 2013: Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia (3,9 y 4,2 puntos porcentuales), Laboratorios médicos y de diagnóstico (2,5 y 2,6 puntos porcentuales), y Otros proveedores de servicios auxiliares (3,8 y 4,2 puntos porcentuales).

En cuarto lugar, podemos identificar tres componentes que mantienen una participación relativamente similar.

Los Proveedores de Atención Preventiva registraron en 2012 un 7,8% con cerca de 651 mil millones de guaraníes corrientes y en 2013 un 6,3% con cerca de 550 mil millones de guaraníes corrientes, experimentando una disminución de -15,54%. Los Proveedores de Administración y Financiación del sistema de atención de salud registraron en 2012 un 7,5%, con cerca de 623 mil millones de guaraníes corrientes y en 2013 un 8,2% con más de 721 mil millones de guaraníes corrientes, experimentando un crecimiento de 15,84%. Los Proveedores de Servicios relacionados con la Atención de Salud registraron en 2012 un 6,7% con cerca de 558 mil millones de guaraníes corrientes y en 2013 un 8,7% con cerca de 765 mil millones de guaraníes corrientes, experimentando un crecimiento de 37,15%.

En quinto lugar se ubican los Proveedores de Atención Ambulatoria de Salud, los que registraron en 2012 un 4,4%, con cerca de 369 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que creció 3,39% el año 2013, cuando registró 4,4% con más de 381 mil millones de guaraníes corrientes.

Los componentes de Establecimientos de Atención residencial de larga duración, Resto de la Economía, y Resto del Mundo han sido estimados en cero en esta versión de las Cuentas de Salud de Paraguay. Esto se explica principalmente por falta de información primaria y por criterio de relevancia económica. No obstante, tales categorías debieran ser objeto de análisis en futuros trabajos de levantamiento de información.

Funciones de salud

La desagregación del gasto por funciones o lo que también se denomina gasto funcional en salud, expresa la finalidad del uso de los recursos. En salud existen varias finalidades o funciones que importan para efectos de análisis y diseño de la política sanitaria. El gasto por factores de provisión y luego por proveedores de servicios y bienes de salud, se relaciona con la demanda (usuarios y/o beneficiarios) a través de las funciones de salud.

Tabla 6 Paraguay: Gasto en salud desagregado por funciones salud, 2012 - 2013

ICHA-HC	DESCRIPCIÓN	2012	PARTIC. %	2013	PARTIC. %	VAR. ANUAL %
HC.1	Servicios de atención curativa	3.914.576.056.763	47,0%	3.848.442.929.864	43,9%	-1,69
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria/internamiento	3.191.024.130.926	38,3%	3.086.211.872.141	35,2%	-3,28
HC.1.1.1	Atención general con internamiento	1.354.256.906.063	16,3%	1.394.802.654.628	15,9%	2,99
HC.1.1.2	Atención con internamiento especializada	1.836.767.224.863	22,1%	1.691.409.217.513	19,3%	-7,91
HC.1.3	Atención ambulatoria	723.551.925.837	8,7%	762.231.057.723	8,7%	5,35
HC.1.3.1	Atención ambulatoria general	545.642.408.995	6,6%	563.701.379.641	6,4%	3,31
HC.1.3.2	Atención ambulatoria odontológica	-	0,0%	-	0,0%	0,00
HC.1.3.3	Atención ambulatoria especializada	177.909.516.842	2,1%	198.529.678.082	2,3%	11,59
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria	-	0,0%	-	0,0%	0,00
HC.2	Atención de rehabilitación HC.2	34.637.522.643	0,4%	50.448.258.022	0,6%	45,65
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función) HC.4	849.426.673.956	10,2%	952.302.945.247	10,9%	12,11
HC.4.1	Servicios de laboratorio	270.807.621.056	3,3%	303.264.171.993	3,5%	11,99
HC.4.2	Servicios de imagenología	254.652.684.833	3,1%	284.736.204.310	4,2%	43,06
HC.4.3	Transporte de pacientes	323.966.368.067		364.302.568.944		
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función)	1.721.825.734.046	20,7%	1.851.369.358.334	21,1%	7,52
HC.5.1	Fármacos y otros bienes médicos perecederos	1.711.177.078.061	20,6%	1.840.757.092.222	21,0%	7,57
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros bienes no perecederos	10.648.655.985	0,1%	10.612.266.112	0,1%	-0,34
HC.6	Atención preventiva	685.197.823.698	8,2%	628.448.915.168	7,2%	-8,28
HC.6.1	Programas de información, educación y consejo	163.132.932.989	2,0%	141.577.956.979	1,6%	-13,21
HC.6.2	Programas de inmunización	135.417.552.264	1,6%	39.625.513.886	0,5%	-70,74
HC.6.3	Programas de detección temprana de la enfermedad	319.443.739.844	3,8%	393.194.485.104	4,5%	23,09
HC.6.4	Programas de vigilancia del estado de salud	6.244.562.103	0,1%	6.341.721.551	0,1%	1,56
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	60.959.036.498	0,7%	47.709.237.648	0,5%	-21,74
HC.6.6	Programas de respuestas a desastres y situaciones de emergencia Parte de HC.6	-	0,0%	-	0,0%	0,00
HC.7	Gobernanza y Administración del sistema de salud y del financiamiento	586.246.530.272	7,0%	642.332.702.971	7,3%	9,57
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud HC.7.1	586.246.530.272	7,0%	642.332.702.971	7,3%	9,57
HC.8	Otros servicios de salud no clasificados en otra parte (n.c.p.)	533.074.231.382	6,4%	789.264.942.842	9,0%	48,06
TOTAL	Todas las funciones de salud	8.324.984.572.760	100%	8.762.610.052.448	100%	5,26

Fuente: Presupuesto Obligado del MH, Balances de Superintendencia de Salud, DGEEC, y BCP.

La Tabla 6 muestra que la función que concentra la mayor proporción del gasto en salud es Servicios de Atención Curativa, la que el año 2012 representó 47,0%, con 3,9 billones de guaraníes corrientes, magnitud que se redujo en -1,69% el año 2013 cuando representó 43,9%, con 3,8 billones de guaraníes corrientes.

En su interior, la mayor parte corresponde a Atención Curativa Hospitalaria la que representó 38,3 puntos porcentuales los 2012 y 35,2 puntos porcentuales el 2013, en tanto Atención Ambulatoria representó 8,7 puntos porcentuales los años 2012 y 2013.

En segundo lugar se ubica Bienes Médicos (no especificados por función), la que representó el 2012 un 20,7%, con 1,7 billones de guaraníes corrientes, magnitud que creció en 7,52% el año 2013, cuando representó un 21,1% con más de 1,8 billones de guaraníes corrientes.

El tercer lugar lo ocupa Servicios Auxiliares (no especificados por función), la que representaba el 2012 un 10,2% con 849 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó en 12,11% el año 2013, cuando representó un 10,9% con 952 mil millones de guaraníes corrientes.

En cuarto lugar se ubican tres funciones de salud que comparten el mismo nivel de representatividad.

Atención preventiva representó el 2012 un 8,2% con 685 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que se redujo en -8,28% el año 2013, cuando representó un 7,2% con 628 mil millones de guaraníes corrientes.

Gobernanza y Administración del Sistema de Salud y de su financiamiento representó el año 2012 un 7,0% con 586 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó en 9,57% el año 2013, cuando representó un 7,3% con 642 mil millones de guaraníes corrientes.

Otros Servicios de Salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.) representó el año 2012 un 6,4% con 533 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que creció en 48,06% el año 2013 cuando alcanzó un 9,0% con 789 mil millones de guaraníes corrientes.

Por último, Atención de Rehabilitación es la función que menor participación muestra. El año 2012 representó un 0,4% con 34 mil millones de guaraníes corrientes, magnitud que aumentó en 45,65% el año 2013 cuando representó un 0,6% con 50 mil millones de guaraníes corrientes.

5.4 Uso analítico de los resultados

5.4.1 Análisis integrado en base a tablas cruzadas

Los resultados de las Cuentas de Salud tienen usos en distintos ámbitos de la gestión sanitaria y de las políticas públicas relacionadas al sector salud. Una herramienta simple, que se deriva de los mismos datos monetarios de Cuentas de Salud, es el cruce de las cifras de los diferentes clasificadores.

En este apartado hemos incluido el análisis de los clasificadores que resultan de mayor utilidad para el conocimiento del sector salud: Gasto en salud desagregado por funciones y Esquemas de financiamiento.

Tabla 7 Matriz de Gasto por función y Esquemas de financiamiento, 2012

Funciones de salud / Regímenes de financiamiento	HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.3	Todos los regímenes de financiación
	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contributivos y obligatorios	Regímenes públicos	Regímenes de seguros médicos contributivos y obligatorios	Regímenes Voluntarios de pago por atención de salud	Regímenes de seguros médicos voluntarios	Regímenes de financiación ISFLSH	Pagos directos hogares	
HC.1 Atención curativa	3.159.088.381.822	1.597.376.970.473	1.561.711.411.349	312.853.046.660	232.725.145.065	80.127.901.595	442.634.628.281	3.914.576.056.763
HC.2 Atención de rehabilitación	34.637.522.643	34.637.522.643	-	-	-	-	-	34.637.522.643
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	57.374.695.157	57.374.695.157	-	128.355.878.280	105.963.272.668	22.392.605.612	663.696.100.519	849.426.673.956
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	16.638.210.559	16.638.210.559	-	65.277.314.981	58.901.777.934	6.375.537.047	1.639.910.208.506	1.721.825.734.046
HC.6 Atención preventiva	685.197.823.698	685.197.823.698	-	-	-	-	-	685.197.823.698
HC.7 Gobernanza y administración de la financiación y sistema de salud	448.329.985.166	415.180.447.648	33.149.537.518	137.916.545.106	18.505.334.943	119.411.210.163	-	586.246.530.272
HC.8 Otros sistemas de atención de la salud no clasificados en ninguna parte (n.e.p)	108.676.533.104	108.676.533.104	-	-	-	-	424.397.698.278	533.074.231.382
TOTAL Todas las funciones	4.509.943.152.149	2.915.082.203.282	1.594.860.948.867	644.402.785.027	416.095.530.610	228.307.254.417	3.170.638.635.584	8.324.984.572.760

Fuente: Presupuesto Obligado del MH, Balances de Superintendencia de Salud, DGEEC, y BCP.

Tabla 8 Matriz de Gasto por función y Esquemas de financiamiento, 2013

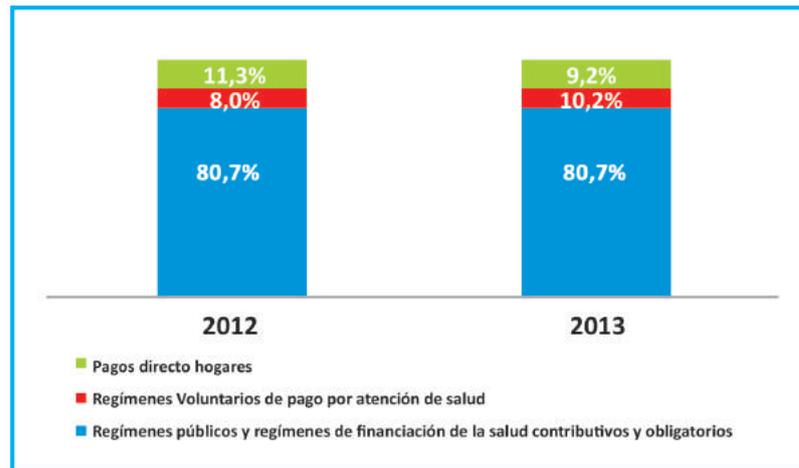
Funciones de salud / Regímenes de financiamiento	HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.3	Todos los regímenes de financiación
	Regímenes públicos y regímenes de financiación contributivos y obligatorios	Regímenes públicos	Regímenes de seguros médicos contributivos y obligatorios	Regímenes Voluntarios de pago por atención de salud	Regímenes de seguros médicos voluntarios	Regímenes de financiación ISFLSH	Pagos directos hogares	
HC.1 Atención curativa	3.104.718.904.414	1.591.165.871.987	1.513.553.032.427	390.974.242.895	309.067.327.731	81.906.915.164	352.749.782.555	3.848.442.929.864
HC.2 Atención de rehabilitación	50.448.258.022	50.448.258.022	-	-	-	-	-	50.448.258.022
HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)	56.376.095.314	56.376.095.314	-	158.474.689.897	136.854.968.882	21.619.721.015	737.452.160.036	952.302.945.247
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)	18.892.248.508	18.892.248.508	-	83.579.223.595	75.627.642.799	7.951.580.796	1.748.897.886.231	1.851.369.358.334
HC.6 Atención preventiva	628.448.915.168	628.448.915.168	-	-	-	-	-	628.448.915.168
HC.7 Gobermanza y administración de la financiación y sistema de salud	447.032.427.209	409.744.899.107	37.287.528.102	195.300.275.762	42.917.604.991	152.382.670.771	-	642.332.702.971
HC.8 Otros sistemas de atención de la salud no clasificados en ninguna parte (n.e.p)	157.324.743.384	157.324.743.384	-	-	-	-	631.940.199.458	789.264.942.842
TOTAL Todas las funciones	4.463.241.592.019	2.912.401.031.490	1.550.840.560.529	828.328.432.149	564.467.544.403	263.860.887.746	3.471.040.028.280	8.762.610.052.448

Fuente: Presupuesto Obligado del MH, Balances de Superintendencia de Salud, DGEEC, y BCP.

La Tabla 7 y la Tabla 8 corresponden a matrices y tablas de doble entrada que permiten visualizar, de forma simple, cómo se financian (esquemas) los diferentes tipos de gastos en salud (funciones). Los resultados que aparecen en las columnas finales en gris y en las filas finales en gris, ya han sido comentados en los apartados anteriores, en cuanto a su magnitud, participación relativa y crecimiento anual. Lo que aquí nos interesa es analizar el cuadrante en blanco en cada tabla.

Como ya se mencionó, la función que concentra una mayor proporción del gasto es Atención Curativa con 47% y 44% los años 2012 y 2013, respectivamente.

Gráfico 4. Esquemas de financiamiento de la Atención curativa



Fuente: Tablas 7 y 8

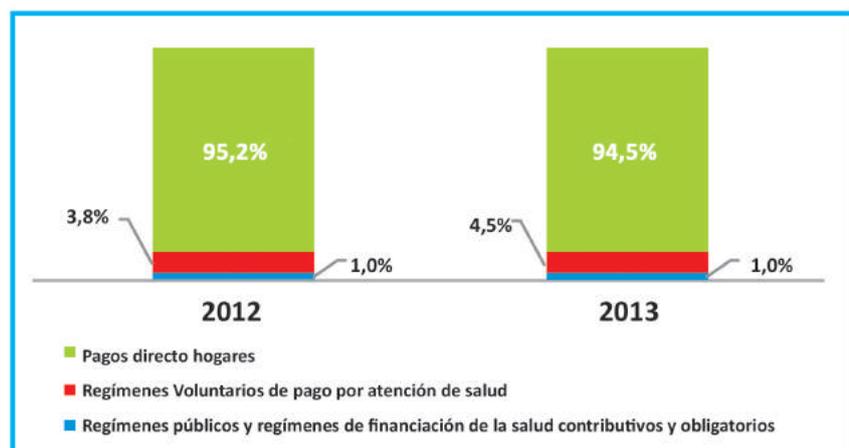
El Gráfico 4 muestra que la Atención Curativa es financiada mayoritariamente por Regímenes Públicos, Contributivos y Obligatorios, esquema que ambos años (2012 y 2013) representa un 80,7% del total del financiamiento destinado a esa función. Al interior de este esquema, de financiamiento, los Regímenes Públicos son marginalmente mayoritarios representando 40,8 y 41,3 puntos porcentuales, respectivamente, en tanto los Regímenes de Seguros Médicos Contributivos y Obligatorios representaban 39,9 y 39,3 puntos porcentuales respectivamente.

El financiamiento otorgado por la vía de Regímenes Voluntarios de pago por Atención de Salud, representó 8,0% y 10,2% respectivamente. En su interior, predominan los Regímenes de Seguros Médicos Voluntarios con 5,9 y 8,0 puntos porcentuales respectivamente, mientras los Regímenes de Financiación de ISFLSH representan 2,0 y 2,1 puntos porcentuales respectivamente.

Finalmente, los Pagos Directos de Hogares representan 11,3% y 9,2% respectivamente.

La función que se ubica en segundo lugar en cuanto a magnitud del gasto total en salud es Bienes Médicos (no especificados por función), la que representó 20,7% y 21,1%, respectivamente.

Gráfico 5. Esquemas de financiamiento de Bienes Médicos (no especificados por función)



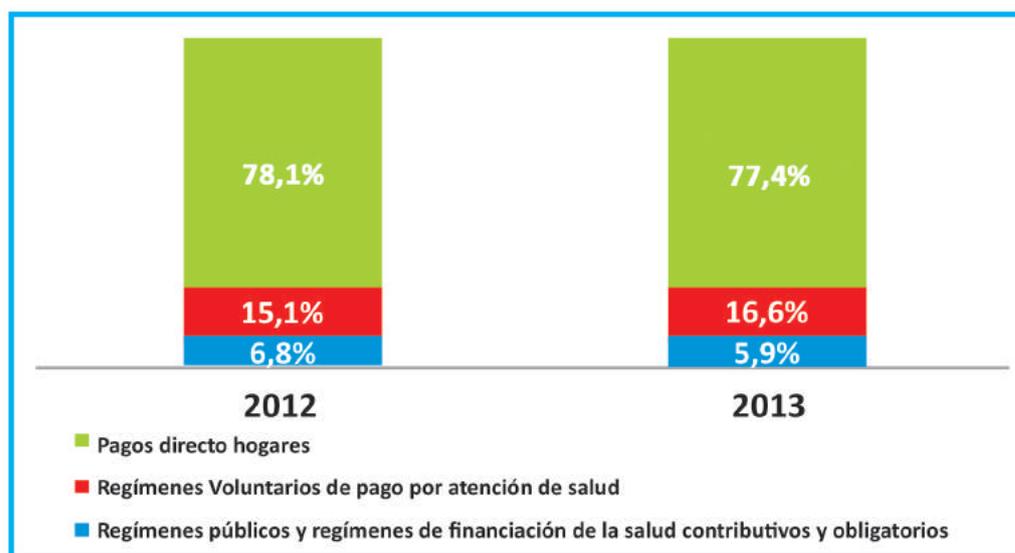
Fuente: Tablas 7 y 8

En contraste con la función que analizamos anteriormente, en el caso de Bienes Médicos (no especificados por función) es mayoritario el financiamiento mediante Pago Directo de Hogares, el representa 95,2% y 94,5%, respectivamente.

Los Regímenes Voluntarios de Pago por atención de salud representan 3,8% y 4,5% respectivamente, mientras los Regímenes Públicos, Contributivos y Obligatorios representaban 1,0% en ambos años.

En un tercer se ubica la función Servicios Auxiliares (no especificados por función), con 10,2% y 10,9%, respectivamente.

Gráfico 6. Esquemas de financiamiento de Servicios Auxiliares (no especificados por función)



Fuente: Tablas 7 y 8

El Pago directo de hogares representa el esquema de financiamiento mayoritario en Servicios auxiliares (no especificados por función), representando 78,1% y 77,4%, respectivamente.

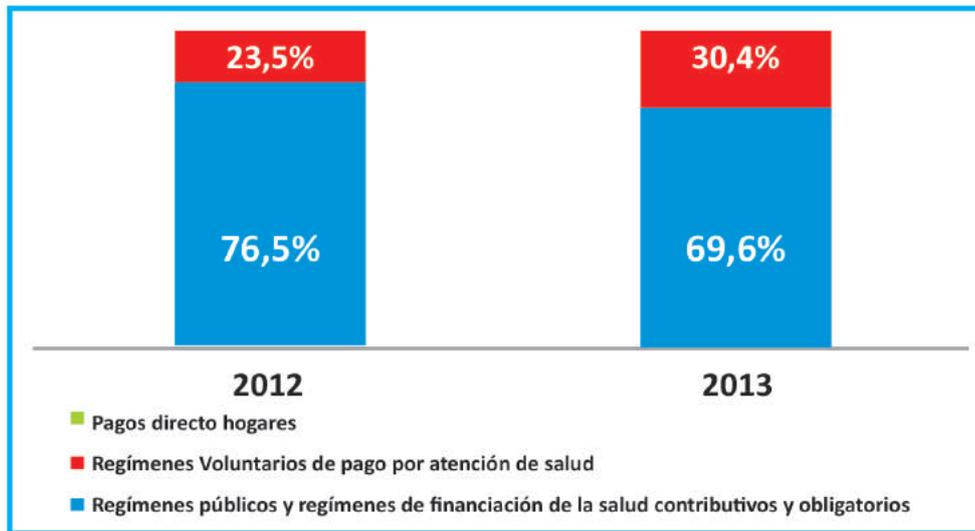
Los Regímenes voluntarios de pago por atención de salud ocupan el segundo lugar con 15,1% y 16,6%, respectivamente. En su interior, los Regímenes de seguros médicos voluntarios representan 12,5 y 14,4 puntos porcentuales respectivamente, mientras los Regímenes de financiación de las ISFLSH representan 2,6 y 2,3 puntos porcentuales respectivamente.

Por último, se ubican los Regímenes públicos, contributivos y obligatorios representan 6,8% y 5,9%, respectivamente.

En el cuarto lugar, aunque muy cercano al anterior, se ubica Atención preventiva con 8,2% y 7,2%, respectivamente. En este caso resulta importante destacar que el 100,0% es realizado por los Regímenes públicos.

En quinto lugar, compartiendo importancia con la función recién comentada, se ubica Gobernanza y administración de la financiación y sistema de salud con 7,0% y 7,3%.

Gráfico 7. Esquemas de financiamiento de Gobernanza y administración de la financiación y sistema de salud



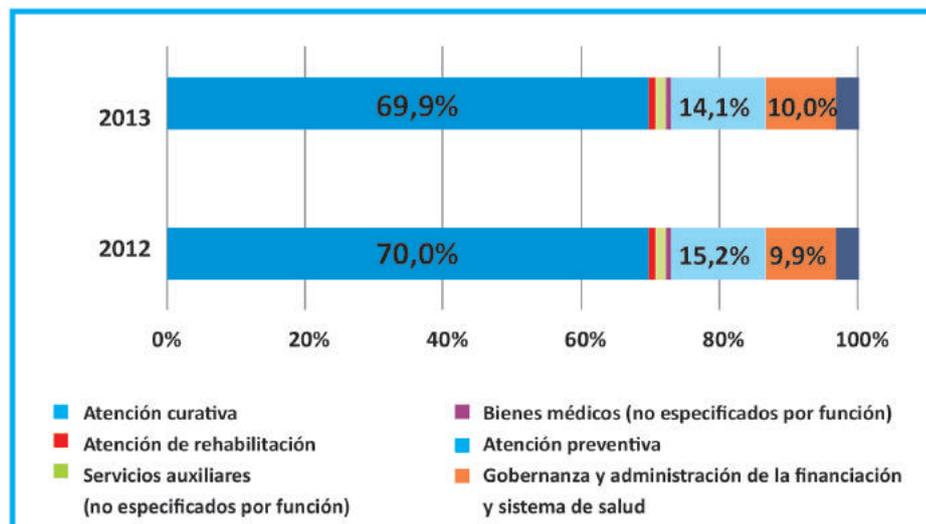
Fuente: Tablas 7 y 8

Como resulta obvio, esta función no posee financiamiento de Pagos Directos de Hogares. Los Regímenes Públicos, Contributivos y Obligatorios representan 76,5% y 69,6%, respectivamente. En su interior, los Regímenes Públicos representaban 70,8 y 63,8 puntos porcentuales, respectivamente, mientras los Regímenes de seguros médicos contributivos y obligatorios representaban 5,7 y 5,8 puntos porcentuales, respectivamente.

Los Regímenes Voluntarios de Pago por Atención de Salud representaron 23,5% y 30,4%, respectivamente. En su interior, los Regímenes de Financiación de las ISFLSH representaban 20,4 y 23,7 puntos porcentuales, respectivamente, mientras los Regímenes de Seguros Médicos Voluntarios representaban 3,2 y 6,7 puntos porcentuales, respectivamente.

Otra perspectiva de análisis se orienta a determinar qué funciones de salud y en qué proporción son financiadas bajo cada uno de los esquemas de financiamiento.

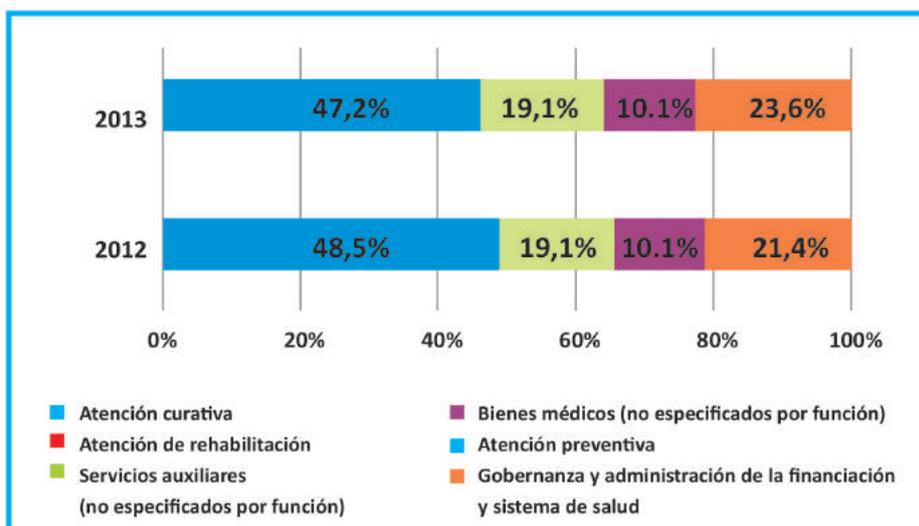
Gráfico 8. Distribución del financiamiento de Regímenes públicos y Regímenes de financiación de la salud contributivos y obligatorios por atención de salud



Fuente: Tablas 7 y 8

El Gráfico 8 muestra que la mayor parte del financiamiento que otorgan los Regímenes Públicos, Contributivos y Obligatorios se destina a Atención Curativa con 70,0% y 69,6%, respectivamente. En segundo lugar, se observa que un 15,2% y un 14,1%, respectivamente va a financiar Atención Preventiva. El tercer lugar lo ocupan los gastos en Gobernanza y Administración de la Financiación y los sistemas de salud con 9,9% y 10,0%, respectivamente.

Gráfico 9. Distribución del financiamiento de Regímenes voluntarios de pago por atención de salud

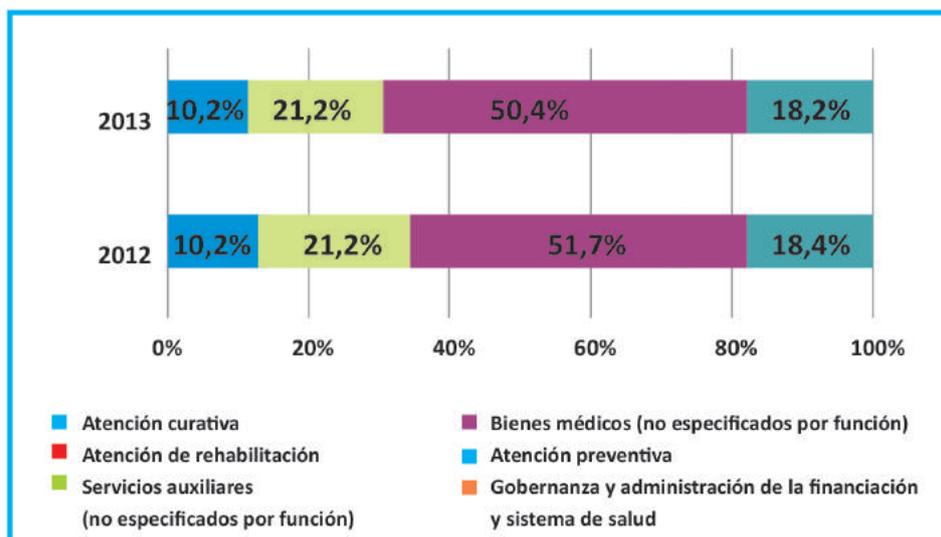


Fuente: Tablas 7 y 8

El Gráfico 9 muestra que los Regímenes Voluntarios de pago por Atención de Salud destinan a Atención Curativa un 48,5% y un 47,2%, respectivamente, cifra bastante inferior a la que presentan los esquemas revisados anteriormente. Contrariamente, los recursos destinados a Gobernanza y Administración de la financiación y sistema de salud representan 21,4% y 23,6%, respectivamente, magnitud que es poco más que el doble en términos proporcionales.

Otra característica importante es que los Servicios Auxiliares (no especificados por función) representan un 19,9% y 19,1%, respectivamente, mientras los Bienes Médicos (no especificados por función) representan un 10,1% ambos años. En ambos casos, estas proporciones son muy superiores a las que muestra el esquema de financiamiento anterior.

Gráfico 10. Distribución del financiamiento de Pagos directos de hogares



Fuente: Tablas 7 y 8

Por último, los Pagos Directos de Hogares muestran que la mayor parte de ese financiamiento es destinado a Bienes Médicos (no especificados por función) con 51,7% y 50,4%, respectivamente. La segunda función en recibir financiamiento bajo este esquema son los Servicios Auxiliares (no especificados por función) con 20,9% y 21,2%, respectivamente. La tercera función en importancia es Otros Servicios de Atención de Salud no clasificados en ninguna parte (n.e.p.) con 13,4% y 18,2%. Por último, Atención Curativa representa 14,0% y 10,2%, respectivamente.

5.4.2 Construcción de indicadores

Las Cuentas de Salud permiten construir una gran variedad de indicadores útiles para el análisis. Algunos son simplemente datos monetarios que provienen directamente de los resultados de Cuentas de Salud. Otros en cambio, se construyen tomando esa información y relacionándola con otro tipo de información para los mismos periodos.

En este apartado hemos incluido los indicadores básicos que utilizan para dimensionar el sector salud y poder realizar algunas comparaciones útiles. Sin embargo, el potencial de elaboración de indicadores es más amplio y depende de los requerimientos de información que se establezcan.

Tabla 9 Indicadores seleccionados de Gasto agregado en salud

Indicadores seleccionados	2012	2013	Var. Anual (%)
Gasto corriente total en salud (Mill. de guaraníes corrientes)	8.324.985	8.762.610	5,3%
Gasto corriente total en salud como porcentaje del PIB	7,6%	7,0%	
Gasto corriente total en salud per cápita (guaraníes corrientes)	1.247.631	1.291.778	3,5%
Gasto corriente total en salud per cápita en US\$	291	286	-1,8%
Esquemas de financiamiento públicos (% del Gasto corriente total en salud)	54,2%	50,9%	
Esquemas de financiamiento privados (% del Gasto corriente total en salud)	45,8%	49,1%	
Esquemas de seguros voluntarios (% del Gasto corriente total en salud)	7,7%	9,5%	
Pago directo de hogares (% del Gasto corriente total en salud)	38,1%	39,6%	

Fuente: Tablas Básicas SHA 2011, CELADE para población, BCP.

La Tabla 9 muestra que el Gasto Corriente total en salud alcanzó los 8,3 billones de guaraníes corrientes el año 2012, experimentando un crecimiento nominal de 5,3% el año 2013, cuando alcanzó cerca de 8,8 billones de guaraníes corrientes. Este crecimiento, como se indica, es nominal. Para poder tener el dato de crecimiento real, es necesario construir un deflactor específico para el gasto en salud, ya que los índices de precios al consumidor generalmente no son pertinentes. A pesar de ello, la mayor parte de las veces y en la mayor parte de los países, el dato de crecimiento real se obtiene de deflactar el gasto en salud por el Índice de Precios al Consumidor (IPC). Al realizar este ejercicio se obtiene un crecimiento de 1,5% real¹⁴, cifra muy inferior al crecimiento económico del país, el que registró un notable 14,2% real.

Como porcentaje del PIB, el Gasto Corriente total en salud alcanzó un 7,6% en 2012 y un 7,0% en 2013. La caída de 0,6 puntos porcentuales que se observa en la participación de salud en el PIB, se explica principalmente por el importante crecimiento del PIB en términos nominales, el que creció un 14,7%.

¹⁴Se ha tomado la inflación que mide el IPC acumulada al mes de diciembre de 2013 (3,7%), reportada por el Banco Central de Paraguay.

El Gasto Corriente Total en salud per cápita pasó de 1 millón 247 mil guaraníes en 2012 a 1 millón 291 mil guaraníes en 2013, registrando un crecimiento nominal de 3,5%. Al corregir por inflación, se estaría en presencia de una disminución del gasto per cápita de -0,2%.

Expresado en dólares americanos de cada año, el Gasto Corriente Total en salud per cápita alcanzó los 291 dólares en 2012, contrayéndose en -1,8% el año 2013, cuando alcanzó los 286 dólares. En esta contracción juega un rol importante el aumento de 5,4% registrada por el tipo de cambio entre diciembre 2012 y el mismo mes de 2013.

La distribución entre financiamiento público y privado es un derivado directo de los resultados de Cuentas de Salud. Se puede observar que el componente público es mayoritario, registrando el año 2012 un 54,2%, mientras el año 2013 esta participación cae a 50,9%. Como contrapartida, el componente privado alcanzó un 45,8% el 2012 y un 49,1% el 2013. De esta forma, el predominio del financiamiento público si bien existe, es muy débil aún.

Los esquemas de Seguros Voluntarios Privados, si bien existen en el país, son bastante acotados en su participación. El año 2012 representaban un 7,7% y en 2013 un 9,5%. Cabe tener presente que este tipo de sistemas de seguros crece junto con el crecimiento del ingreso per cápita del país, por lo que el aumento de 1,8 puntos porcentuales se encuentra en línea con la tendencia registrada en otros países, mientras no exista una política pública de mejoramiento del sistema público de salud.

Finalmente, cabe destacar que la estimación del Pago Directo de Hogares como esquema de financiamiento de la salud alcanzó 38,1% en 2012 y 39,6% en 2013, magnitudes que son preocupantes, particularmente cuando corresponden íntegramente a gasto directo, ya que no existen copagos en los sistemas público y de seguridad social. Esto quiere decir, que cerca del 40% del gasto sanitario es financiado directamente por las personas en el momento en que se enferman, teniendo que solventarlo como gasto de bolsillo. Como se advirtió, la mayor parte de este gasto corresponde a medicamentos (Bienes Médicos) y otra parte a Servicios Auxiliares, Otros Servicios no Especificados y a Atención Curativa. Por esta razón, resulta especialmente importante conocer en mayor detalle su composición y el impacto que provoca en cuanto a empobrecimiento de los hogares.

Tabla 10 Análisis comparado sobre disponibilidad de financiamiento al interior del sector público de salud

Años Instituciones	2012		2013	
	Ministerio	IPS	Ministerio	IPS
Beneficiarios	6.674.932	1.203.090	6.782.282	1.276.589
Beneficiarios (% población total)	100,0%	18,0%	100,0%	18,8%
Disponibilidad de financiamiento per cápita (a)	436.721	1.325.637	429.413	1.214.832
Disponibilidad (a) % Gasto corriente total en salud per cápita	35,0%	106,3%	33,2%	94,0%
Disponibilidad de financiamiento efectivo per cápita (b)	436.721	1.762.358	429.413	1.644.245
Disponibilidad (b) % Gasto corriente total en salud per cápita	35,0%	141,3%	33,2%	127,3%

Fuente: Tablas Básicas SHA 2011, CELADE para población, BCP.

Otro tipo de análisis que es factible de realizar con datos provenientes de Cuentas de Salud es la comparación entre la disponibilidad de financiamiento para diferentes grupos de población o beneficiarios de diferentes subsistemas de salud. La Tabla 10 presenta información para los beneficiarios del sistema público administrado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y por el Instituto de Previsión Social (IPS).

Los beneficiarios del sistema público administrado por el MSPBS son, por definición, la totalidad de los habitantes del país, independientemente de que tengan o no un seguro de salud. De esta forma, para ambos años hemos considerado como beneficiarios al 100% de los habitantes. Los beneficiarios del sistema público administrado por el IPS son los cotizantes y sus familiares. De acuerdo a los anuarios del IPS la cobertura poblacional representó un 18,0% el año 2012 y un 18,8% el año 2013.

El primer análisis muestra una diferencia importante entre la disponibilidad de financiamiento per cápita entre los beneficiarios del MSPBS y del IPS. Mientras los beneficiarios del MSPBS disponen de 436,7 y 429,4 miles guaraníes corrientes, los beneficiarios del IPS disponen de 1.325,6 y 1.214,8 miles de guaraníes corrientes, los años 2012 y 2013, respectivamente. Estos montos, en relación al Gasto corriente total en salud per cápita presentado en la Tabla 9, representan para los beneficiarios del MSPBS entre 35,0% y 33,2%, mientras que para los beneficiarios del IPS representan 106,3% y 94,0%. Cabe tener presente que el Gasto Corriente Total en salud per cápita, que representa el 100%, incluye el Pago Directo de Hogares que hemos estimado en 38,1% y 39,6%, respectivamente.

Sin embargo, estos resultados se hacen más ventajosos aún hacia los beneficiarios del IPS cuando recalculamos la disponibilidad efectiva de financiamiento (b). Este enfoque reconoce que los beneficiarios del IPS no solo disponen para su uso de los recursos que recauda el propio IPS, sino que también hacen uso de los recursos del sistema público administrado por el MSPBS. Bajo este enfoque, la disponibilidad efectiva de financiamiento de los beneficiarios del IPS aumentaría a 1.762,4 y 1.644,2 miles de guaraníes corrientes, respectivamente, representando un 141,3% y 127,3% del Gasto corriente total en salud per cápita, respectivamente.

De esta forma, se pone en evidencia una importante inequidad en la disponibilidad de recursos al interior del propio sistema público de salud y, a la vez, una falla en el funcionamiento del sistema en la medida en que los beneficiarios de la seguridad social se encuentran doblemente protegidos, lo que restringe la disponibilidad efectiva de financiamiento para los beneficiarios del sistema público administrado por el MSPBS.

Conclusiones

6.1 Proceso de elaboración de las Cuentas de Salud

La elaboración de las estadísticas de Cuentas de Salud es un proceso de investigación y análisis que exige un conocimiento profundo del sistema nacional de salud, de los servicios sanitarios que este ofrece a la población, de sus limitaciones y falencias, y de los aspectos propiamente económicos del sector, como son el financiamiento y el gasto sanitario.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) de Paraguay ha decidido retomar la producción de Cuentas de Salud con la finalidad de aportar estadísticas que contribuyan a mejorar el diagnóstico del sistema sanitario nacional y de sus servicios, y orientar las reformas que se busca implementar. Una primera iniciativa en tal sentido es la elaboración de Cuentas de Salud, para los años 2012 y 2013, bajo la metodología del Sistema de Cuentas de Salud (OCDE, 2011) también conocida como SHA, por sus siglas en inglés (System of Health Accounts). Como se explicó en el apartado 4.1, la metodología del Sistema de Cuentas de Salud es uno de los enfoques metodológicos disponibles y en uso en la región para la construcción de Cuentas de Salud.

Este ejercicio ha permitido un mayor conocimiento de los clasificadores y de los criterios metodológicos del Sistema de Cuentas de Salud, y a la vez detectar algunos vacíos y falta de adecuación de sus clasificadores a la realidad del país. Es un punto de partida varios tipos de trabajos que se espera llevar a cabo, como dar continuidad a la serie de Cuentas de Salud para los años siguientes; completar la serie de Cuentas de Salud hacia atrás y reestimar algunas partidas para los mismos años 2012 y 2013 con mejor información disponible a posteriori; y para evaluar la necesidad de elaborar una Cuenta Satélite de Salud con desagregación regional, como herramienta de carácter permanente para el sistema de salud de Paraguay.

Este proceso también ha permitido detectar necesidades relativas al equipo de trabajo local y de asistencia técnica externa. La experiencia de países que han logrado dar continuidad en el tiempo a la elaboración de Cuentas de Salud muestra que, independientemente de la metodología, es necesario que exista al menos un pequeño equipo de trabajo interdisciplinario, compuesto por profesionales del área económica y/o contable y del área estadística y/o informática. Sin embargo, por el nivel de especialización de estas funciones, es necesario que estos equipos de trabajo sean apoyados durante un tiempo largo por especialistas en aspectos metodológicos, tanto en cuanto a capacitación formal como en el trabajo práctico.

Otro aspecto importante es dotar al equipo de trabajo de condiciones básicas de equipamiento y tecnologías de información y comunicaciones. El manejo de grandes bases de datos y la necesidad de interactuar con múltiples contrapartes en el país y fuera del país, hacen necesario invertir en equipos computacionales adecuados y con software que permitan administrar las bases de datos y realizar análisis estadísticos, además de conexiones de internet con suficiente ancho de banda y rapidez para envío y recepción de información, y para realizar en forma habitual reuniones de trabajo virtuales con sistemas gratuitos de comunicación como Skype.

En este contexto, con un equipo local fortalecido y con condiciones de trabajo básicas, la existencia del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud tendrá mayor potencialidad

y utilidad en varios ámbitos. La mayor parte de los países exitosos en la consolidación de estadísticas de Cuentas de Salud se han apoyado en comités interinstitucionales que orientan el trabajo en una perspectiva de largo plazo y generan alianzas sinérgicas en función del mejoramiento de las estadísticas sanitarias, sociales y económicas de países.

El primer círculo de este Comité debe incluir a las instituciones públicas que integran el sector salud, bajo la secretaría ejecutiva del equipo ministerial. En este caso, la alianza con la Superintendencia de Salud y el Instituto de Previsión Social son un aspecto clave.

Un segundo círculo debe incluir a los organismos públicos a cargo de las estadísticas en el país y otras reparticiones a cargo de las políticas sociales y del presupuesto. En este sentido, la alianza con la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, y el Banco Central de Paraguay, es un gran acierto no solo por la posibilidad de obtener información de las mismas, sino por la posibilidad que ellas también se vean beneficiadas de la información más desagregada sobre el sector salud que puede proveer el Ministerio y el Comité en su conjunto. Así mismo, la presencia de la Secretaría Técnica de Planificación y el Ministerio de Hacienda es muy relevante para la coordinación de las políticas sociales y para transparentar la gestión de recursos sectoriales.

Finalmente, es muy importante considerar en un tercer círculo a organismos internacionales que permiten visibilizar los resultados en el contexto internacional y también canalizar el apoyo y la asistencia técnica. En este sentido, la presencia permanente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de organismos económicos del sistema de Naciones Unidas como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) es muy relevante.

6.2 Limitaciones del estudio y pasos a seguir

Las principales limitaciones del estudio, como es habitual en la producción de Cuentas de Salud, se encuentran en las fuentes de información primarias. Esto, valga la reiteración, es algo habitual en los procesos de elaboración de estadísticas económicas que usan fuentes de información múltiples, como las Cuentas Nacionales. De allí que la claridad y pertinencia de las orientaciones metodológicas sea un aspecto clave y especialmente importante para mantener coherencia en la construcción de series temporales y para la comparabilidad internacional.

En el marco de esta versión de las Cuentas de Salud de Paraguay, 2012 y 2013, las mayores dificultades se concentraron en la determinación del pago directo de hogares (o gasto de bolsillo), en el dimensionamiento de la actividad financiada por seguros voluntarios (empresas de medicina prepagada y cooperativas), en la distribución de los gastos de administración en relación al costo de producción de los servicios, en la desagregación de los costos de producción, en la elaboración de los gastos por funciones de salud y por proveedores, además de que el proceso de elaboración de las tablas cruzadas se vio en la necesidad de procesar aún más la información ya que las bases de datos se hallaban muy consolidadas y en la determinación de la cuenta de capital.

El gasto de bolsillo de los hogares es siempre uno de los puntos complejos y débiles de la estimación de Cuentas de Salud, ya que las fuentes de información primarias no provienen mayoritariamente de registros contables, siendo necesario un importante trabajo de estimación.

En esta versión se optó por seguir las recomendaciones internacionales en materia de Cuentas Nacionales. De esta forma, el procedimiento de estimación contempló la utilización de los resultados de la Encuesta de Presupuestos Familiares 2007 que elaboró la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos por encargo del Banco Central de Paraguay. Esta encuesta determinó que los gastos de salud representaban un 4,1% del total del gasto de los hogares, guarismo que fue aplicado al monto estimado del Gasto de Consumo Final de los hogares de Cuentas Nacionales para los años 2012 y 2013. Cabe tener presente que dicha encuesta se

realiza en el país cada 10 años, por lo que no se dispone del guarismo actualizado para cada año, cuestión que no representa un problema significativo, ya que este tipo de parámetros no cambia drásticamente en periodos cortos.

La actividad de los seguros voluntarios, que en el caso del país corresponden a empresas de seguros prepagados con fines de lucro y a cooperativas con finalidades múltiples, dentro de las cuales una parte menor es el seguro de salud, es monitoreada por la Superintendencia de Salud, incluso en cuanto a los estados financieros de los mismos. Esto permitió disponer de datos para cada una de entidades.

Sin embargo, el problema radica en que en el caso de las cooperativas, dichos estados financieros no separan la actividad del seguro de salud de las demás actividades. Por esta razón, ante la imposibilidad de una mejor opción metodológica, se procedió a considerar a los ingresos identificados como primas del seguro de salud como magnitud relevante del gasto para estos efectos. De esta forma se llegó a una magnitud de gasto y de financiamiento relacionado a los seguros voluntarios que se ubica en un orden de magnitud esperable para este tipo de esquemas de financiamiento de la salud.

Los gastos de administración de los sistemas de salud son una complejidad mayor cuando determinados esquemas de financiamiento operan simultáneamente como prestadores de servicios de salud. Esta problemática se da en varias de las unidades institucionales, sin embargo, representaba especial complejidad en el caso de los seguros voluntarios otorgados por cooperativas y en menor medida en empresas de medicina prepagada, y en la seguridad social.

La corrección aplicada a la estimación de la magnitud atribuible a los seguros otorgados por cooperativas, permitió resolver en gran parte este problema, no siendo necesarias otras modificaciones mayores. En la medida en que el tamaño económico de los seguros de salud de las cooperativas se redujo a los niveles esperados, el peso de los gastos de administración de los sistemas de salud sobre el total del gasto en salud o sobre el costo de producción de los servicios, también se ubicó en niveles razonables.

La desagregación de los costos de la producción de los servicios de salud posee en general dos tipos de complejidades. Una proviene de la calidad y características de las fuentes de información y otra proviene de la organización industrial de los diferentes esquemas de financiamiento y provisión de la salud.

En el sector público y en general en instituciones que ejecutan un presupuesto organizado por objeto del gasto, la desagregación de los costos es bastante simple, ya que componentes como salarios, insumos y medicamentos son fáciles de identificar. En el caso de los seguros voluntarios y de empresas privadas de provisión de servicios de salud, es muy común el que exista un registro de los ítems de costos, sino que solamente categorías contables como gastos de administración, costos de producción, intereses, etc.

En esta versión de Cuentas de Salud se optó por aplicar estructuras de costos conocidas para extrapolar los pesos relativos de cada componente a modo de estimación.

Un problema distinto y hasta cierto punto insalvable tiene que con la forma en que se organizan los servicios de salud. Por ejemplo, un hospital público generalmente incluye los servicios laboratorio o rayos X y, por lo tanto, el costo de los servicios ambulatorios y hospitalarios incluirá de forma implícita el costo de esos servicios de apoyo. En cambio en el sector privado un sanatorio o clínica no siempre dispone de esos servicios de apoyo, por lo que los pacientes deben comprar directamente esos servicios en otra unidad productiva que se dedica exclusivamente a proveer servicios de laboratorio o rayos X. En estos casos, los costos de los servicios de apoyo aparecerán separados y explícitos.

El mismo tipo de problemática se presenta en el consumo de medicamentos, los que pueden ser consumidos directamente por los pacientes o pueden ser considerados como un consumo intermedio que realizan los establecimientos para proveer un servicio de atención a los pacientes.

La recomendación en esta materia es reflejar la forma real en que están organizados los servicios de salud, quedando su interpretación y análisis para un momento posterior, luego de la publicación y divulgación de los resultados de las Cuentas de Salud.

La cuenta de capital, que no fue estimada en esta versión de las Cuentas de Salud de Paraguay 2012 y 2013, considera el gasto en inversión que realizan los agentes públicos y privados, y estima el consumo productivo de capital fijo que posee el sector salud.

En el caso de las inversiones públicas la información está disponible en las mismas fuentes de información utilizadas y, por lo tanto, su integración es algo simple. Sin embargo, en el sector privado esto requiere un trabajo bastante complejo, ya que es muy probable que no se tenga información completa para ello. En el caso de la estimación del consumo productivo del activo fijo, también llamado consumo de capital fijo, esto siempre corresponde a una imputación, en la medida en que corresponde a una variable no observable.

La opción metodológica fue no incluir la cuenta de capital, por lo que el gasto que está dimensionado corresponde al Gasto corriente total en salud. Sin embargo, en la medida que se haga dicha estimación, esta puede ser agregada a los resultados aquí presentados sin ningún inconveniente.

Respecto de los pasos a seguir en varias de las materias que aquí hemos comentado como limitaciones, parece importante destacar las siguientes:

- Establecer una instancia de colaboración con el Banco Central de Paraguay y con la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos en función de mejorar la obtención de información sobre gasto de hogares en salud.
- Entre los años en que se realiza la encuesta de presupuestos familiares, monitorear el comportamiento del gasto de bolsillo en base a otras encuestas de aplicación anual o bianual, sin necesidad de incluir dichas estimaciones en las Cuentas de Salud, a menos que se produzcan cambios institucionales que cambien bruscamente la participación relativa y absoluta del gasto en salud y de sus componentes.
- Dotar de mayores atribuciones y herramientas normativas a la Superintendencia de Salud, en función de mejorar la obtención de información financiera y no financiera de los seguros y de los prestadores, en particular, mayor precisión y desagregación de la información de estados financieros, datos sanitarios y cartera de beneficiarios.
- Levantar un directorio único de prestadores y entidades de aseguramiento de la salud, que incluya a prestadores de servicios ambulatorios, hospitalarios y de apoyo, comercializadores de medicamentos e insumos, y profesionales de la salud.
- Trabajar en conjunto con el Banco Central de Paraguay en la compatibilización del gasto en salud a nivel de productos, en base a las tablas de oferta y utilización de Cuentas Nacionales, mejorando de esta forma las estimaciones de los componentes de los costos de producción.
- Completar la cuenta de capital con los datos disponibles para el sector público y realizar las estimaciones necesarias para el sector privado, en cuanto a gastos de inversión, e incorporar dicha estimación para llegar al Gasto Nacional en Salud (corriente y de capital) bruto.

- Explorar en conjunto con el Banco Central de Paraguay algún método simplificado que permita disponer de una estimación del consumo de capital fijo, sin necesidad de realizar un estudio ad hoc bajo la metodología de inventario perpetuo.
- Una vez que se hagan públicos los resultados de las Cuentas de Salud 2012 y 2013, constituir un grupo de trabajo sectorial que se dedique a realizar análisis que sean útiles para los proyectos de reforma y la gestión del sector salud.
- Evaluar al interior del Comité Interinstitucional de Cuentas de Salud la presente iniciativa en cuanto a su metodología y a la utilidad de los resultados que se obtienen de ella, entregando recomendaciones en cuanto a avanzar hacia estudios de desagregación del gasto por enfermedades, al levantamiento de una Cuenta Satélite de Salud y de cuentas regionales, entre otras iniciativas posibles.

6.3 De los resultados a la política sanitaria

El Gasto corriente total en salud alcanzó 8,3 y 8,8 billones de guaraníes los años 2012 y 2013, con una tasa de crecimiento de 5,3% nominal. Estas cifras representan 7,6% y 7,0% sobre el PIB, respectivamente, caída que se explica principalmente por una tasa de crecimiento excepcionalmente alta del PIB (14,2%).

Para efectos de validación, cabe considerar que el rango en el que se ha movido el Gasto total en salud sobre el PIB, estimado mediante la metodología del Sistema de Cuentas de Salud versión 1, va entre un 7,1% el año 2007 y un 8,5% el año 2009, para una serie del 2005 al 2009 (MSPBS, 2010).

Al comparar estos resultados con algunos países de la región observamos que el gasto en salud en Paraguay tiene una menor participación que en Uruguay donde representaba 8,9% el año 2008 o Brasil donde representaba 8,7% el año 2009, sin embargo, tendría una participación mayor que en El Salvador con 5,8% el 2009, México con 5,6% el 2010, Colombia con 4,9% el 2008 y Perú con 4,8% el 2009.

ANEXOS

Cuadro N° 1: Descripción de Conceptos según fuente presupuestaria

Código	Remuneraciones empleados	Fuente Presupuestaria
FP. 1	Sueldos y salarios	
FP.1.1	Cotizaciones sociales	110 + 140 -145
FP.1.2	Todos los demás costos relacionados con los asalariados	191
FP.1.3	Remuneraciones profesionales de los asalariados	120 + 130 +199
FP.2	Materiales y servicios utilizados	145
FP.3	Servicios de atención a la salud	
FP.3.1	Productos de atención a la salud	270
FP.3.2	Gasto en productos farmacéuticos	
FP.3.2.1	Otros bienes de salud	352 + 358
FP.3.2.2	Servicios que no son de atención a la salud	351 + 359
FP.3.3	Productos de atención no de salud	200 - 270
FP.3.4	Consumo de capital fijo	300 - (2.2.1 + 2.2.2)
FP.4	Otras partidas de gastos sobre los insumos	
FP.5	Impuestos	
FP.5.1	Otras partidas de Gasto	910
FP.5.2	Todos los factores de producción	700 + 800 + 900 - 910

Elaboración: Dirección de Economía de la Salud. MSPBS.

Cuadro N° 2: Descripción de conceptos incluidos en la tabla Esquemas de Financiamiento

CODIGO ICHA	DESCRIPCIÓN	
HF.1.1.1	Esquemas del gobierno central	Incluye a las siguientes instituciones: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Ministerio del Interior- Policía; Ministerio de Defensa- (Sanidad Militar); SENADIS; DIBEN; Universidad Nacional de Asunción - Hospital de Clínicas, Instituto Oncológico
HF.1.1.2	Esquemas de Gobierno estatal/ regional/local	Incluye el presupuesto destinado a Salud de las Gobernaciones y las municipalidades.
HF.1.2.1	Esquemas de Seguros Sociales en salud	Incluye el presupuesto del Instituto de Bienestar Social
HF.2.1	Esquemas de Seguros Médicos Voluntarios	Incluye los datos obtenido de las instituciones Privadas con fines de lucro
HF.2.2	Esquemas de Financiamientos de las instituciones sin fines de lucro	Incluye los datos obtenido de las instituciones Privadas sin fines de lucro
HF.3.1	Pagos directos excluir costes comparativos	Incluye los gastos de hogares.

Cuadro N° 3: Descripción de conceptos incluidos en tabla Agentes de Financiamiento

CODIGO ICHA	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
FA.1.1.1	Ministerio de Salud Pública	Se incluye el monto presupuestario ejecutado del MSPBS, excluido nivel 500.
FA.1.1.2	Otros ministerios y unidades públicas (pertenecientes a la administración central)	Incluye a las siguientes instituciones: Ministerio del Interior- Policía; Ministerio de Defensa- (Sanidad Militar); SENADIS. DIBEN; Universidad Nacional Asunción - Hospital de Clínicas, Instituto Oncológico
FA.1.2	Administración provincial/regional/local	Incluye el presupuesto destinado a Salud de las Gobernaciones y las municipalidades
FA.1.3.	Agencia del seguro social de enfermedad	Incluye el presupuesto del Instituto de Previsión Social
FA.2	Compañías de Seguro	Incluye los datos obtenidos de las instituciones privadas con fines y sin fines de lucro
FA.5	Hogares	Incluye los gastos de hogares.

Elaboración: Dirección de Economía de la Salud. MSPBS.

Cuadro N° 4: Descripción de conceptos contenidos en la tabla Fuente de Financiamiento

CODIGO ICHA	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
FS.1.2	Transferencias del gobierno a nombre de grupos específicos	Indicar aquellos cuya fuente de financiamiento es 10: Recursos del Tesoro
FS.1.4	Otras transferencias de los fondos públicos internos	Indicar aquellos cuya fuente de financiamiento es 30: Recursos Institucionales. Organismo Financador Genuino.
	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno	Indicar aquellos cuya fuente de financiamiento es 20: Crédito Público
FS.3.1	Cotizaciones al seguro social de los trabajadores	Porcentaje que corresponde al 9% del total del importe de IPS
FS.3.2	Cotizaciones al seguro social de los empleadores	Porcentaje que corresponde al 14% del total del importe de IPS
FS.5.1	Pagos anticipados voluntarios de personas y hogares	Monto de las instituciones privadas con fines de lucro
FS.5.3	Otros pagos anticipados voluntarios	Monto de las instituciones privadas sin fines de lucro
FS.6.1	Otros ingresos de hogares n.e.p.	Monto de ingreso de hogares
FS.6.2	Otros ingresos de sociedades n.e.p.	Monto que financia las entidades privadas
FS.7.1.1	Ingresos financieros directos bilaterales	Indicar aquellos cuya fuente de financiamiento es 30: Recursos Institucionales. Organismo Financador que incluye donaciones hechas por un organismo bilateral.
FS.7.1.2	Ingresos financieros directos multilaterales.	Indicar aquellos cuya fuente de financiamiento es 30: Recursos Institucionales. Organismo Financador que incluye donaciones hechas por un organismo multilateral.

Elaboración: Dirección de Economía de la Salud. MSPBS.

Cuadro N° 5: Descripción de Instituciones contenidas en la tabla Proveedores de Salud

ICHA-HC	CODIGO ICHA- HP	DESCRIPCIÓN
HP.1		Hospitales
	HP.1.1	Hospitales Generales (regionales)
	HP.1.1.1	Hospitales Regionales/ Generales
	HP.1.1.2	Hospitales Materno Infantil
	HP.1.1.3	Hospitales Distritales
	HP.1.2	Hospitales De Salud Mental
	HP.1.2.1	Hospital Neuropsiquiátrico
	HP.1.3	Hospitales Especializados
	HP.1.3.1	Centro Nacional de Adicciones
	HP.1.3.2	Inst. Nacional De Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)
	HP.1.3.3	Instituto De Medicina Tropical
	HP.1.3.4	Instituto Nacional Del Cáncer
	HP.1.3.5	Centro Nacional Del Quemado
	HP.1.3.6	Hospital General Pediátrico
	HP.1.3.7	Hospital Nacional
	HP.1.3.8	Hospital Materno Infantil Cruz Roja Paraguaya
	HP.1.3.9	Hospital Materno Infantil Barrio San Pablo
	HP.1.3.10	Hospital. Materno Infantil Santísima Trinidad
	HP.1.3.11	Instituto Nacional De Nefrología
	HP.1.3.12	Instituto Nacional De Ablación Y Trasplante
	HP.1.3.13	Hospital Del Centro De Emergencias Médicas
HP.2		Establecimientos residenciales de atención de larga duración
	HP. 2.1	Establecimientos de atención medicalizada de larga duración
	HP. 2.2	Establecimientos de salud mental y adicción
	HP.2.9	Otros establecimientos residenciales de atención de larga duración
HP.3		Proveedores de atención de la salud ambulatoria
	HP.3.1	Prácticas médicas
	HP.3.1.1	Consultorios de profesionales médicos generales
	HP.3.1.2	Consultorios de profesionales médicos especialistas en salud mental
	HP.3.1.3	Consultorios de profesionales médicos especialista
	HP.3.2	Prácticas odontológicas
	HP.3.3	Otros profesionales de atención de la salud
	HP.3.4	Centros de atención de la salud ambulatoria
	HP.3.4.1	Centros de Planificación Familiar
	HP.3.4.2	Centros de salud mental ambulatoria y adicciones
	HP.3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria
	HP.3.4.4	Centro de Diálisis
	HP.3.4.5	Otros centros ambulatorios
	HP.3.4.5.1	Centros de Salud
	HP.3.5	Proveedores de servicios de atención de la salud domiciliaria
HC.4		Proveedores de servicios auxiliares
	HP.4.1	Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia
	HP.4.1.1	SEME
	HP.4.2	Laboratorios médicos y de diagnóstico
	HP.4.2.1	Laboratorio Central
CODIGO ICHA- HP		DESCRIPCIÓN
	HP.4.2.2	Banco de Sangre
	HP.4.9	Otros proveedores de servicios auxiliares
HP.5		Minoristas y otros proveedores de productos médicos

ICHA-HC	CODIGO ICHA- HP	DESCRIPCIÓN
HP.1	HP.5.1	Farmacias
	HP.5.2	Minoristas y otros proveedores de productos médicos y no perecederos y aparatos médicos
	HP.5.9	Otros vendedores y otros proveedores de productos médicos y farmacéuticos
		Proveedores de atención preventiva
	HP.6.1	Programas de Salud
	HP.6.2	Puesto de Salud
	HP.6.3	SENEPA
	HP.6.4	CENTRO ANTIRRABICO NACIONAL
	HP.6.5	USF
		Proveedores administración y financiación del sistema atención salud
	HP.7.1	Agencias Públicas de administración de salud Gobierno- rectoría
	HP.7.1.1	Administración Central
	HP.7.1.2	Regiones Sanitarias
	HP.7.2	Agencias del seguro social de enfermedad
	HP.7.3	Agencias administrativas seguro médico privado
HP.7.9	Otras agencias de administración	
	Resto de la economía	
HP.8.1	Hogares como proveedores de atención de la salud domiciliaria	
HP.8.2	Todas las demás ramas como proveedoras de atención de la salud	
HP.8.9	Otras ramas de actividad n.e.p	
	Proveedores de servicios relacionados con atención de la salud	
HP.9.1	INSTITUTO DE BIENESTAR SOCIAL	
HP.9.2	INAN	
HP.9.3	SENASA	
HP.9.4	DIGESA	
	Resto del mundo	

Elaboración: Dirección de Economía de la Salud. MSPBS.

Cuadro N° 6: Descripción de conceptos contenidos en el Cálculo Auxiliar de la tabla Funciones de Atención

ICHA-HC	CODIGO ICHA- HP	DESCRIPCIÓN
HC.1	Servicios de atención curativa	Incluye las Funciones de Recuperación, Urgencias e Internamiento
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria/ internamiento	
HC.1.1.1	Atención curativa hospitalaria/ internamiento	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Internación del programa presupuestario 001 Programas de Atención Primaria y 002 Programa de Acción.
HC.1.1.2	Atención con internamiento especializada	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Internación del programa presupuestario 003 Asistencia Médica Especializada y 004 Asistencia Nacional en Emergencias Médicas en su sub programa 01.
HC.1.2	Atención del día curativa	
HC.1.2.1	Atención del día curativa general	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Urgencias del programa presupuestario 001. Programas de Atención Primaria y 002 Programa de Acción.
HC.1.2.2	Atención del día curativa especializada	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Urgencias del programa presupuestario 003 Asistencia Médica Especializada, 004 Asistencia Nacional en Emergencias Médicas en su sub programa 01, y 005 Fortalecimiento de las Prestaciones de Salud.
HC.1.3	Atención ambulatoria	
HC.1.3.1	Atención ambulatoria general	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Recuperación del programa presupuestario 001 Programas de Atención Primaria y 002 Programa de Acción.
HC.1.3.3	Atención ambulatoria especializada	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Urgencias del programa presupuestario 003 Asistencia Médica Especializada, 004 Asistencia Nacional en Emergencias Médicas en su sub programa 01, 005 Fortalecimiento de las Prestaciones de salud; 007 Vigilancia de la Salud y 020 Programas de Apoyo.
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria	Este servicio es brindado por las USFs, sin embargo, considerando los datos con los que se cuentan no es posible establecer una relación que permita determinar en qué cuantía se realiza esta atención.
HC.2	Atención de rehabilitación HC.2	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Rehabilitación.
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)	
HC.4.1	Servicios de laboratorio	Se incluyó el monto correspondiente a Laboratorio Central del MSPBS y de la Red Nacional de Servicios de Sangre.
HC.4.3	Transporte de pacientes	Se incluyó el monto correspondiente al SEME del MSPBS

ICHA-HC	CODIGO ICHA- HP	DESCRIPCIÓN
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función)	Este dato puede ser completado de acuerdo a disponibilidad de datos, pero estará mayormente asociado, en el presente trabajo con los datos del sector privado.
HC.5.2	Dispositivos terapéutico y otros bienes médicos no perecederos	Este dato puede ser completado de acuerdo a disponibilidad de datos, pero estará mayormente asociado, en el presente trabajo con los datos del sector privado.
HC.6	Atención preventiva	
HC.6.1	Programas de información, educación y consejo	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Promoción.
HC.6.2	Programas de inmunización	Se considera el monto correspondiente a PAI.
HC.6.3	Programas de detección temprana de la enfermedad	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Prevención del Programa presupuestario 001 Programas de Atención Primaria y 002 Programa de Acción, INERAM, Instituto Nacional del Cáncer, Centro Nacional del Quemado, Instituto Nacional de Nefrología, Programa de Salud Ocular, Prevención de Fibrosis Quística y Retardo Mental; Programa Nacional de Prevención Precoz y Tratamiento Cáncer Cuello Uterino y Mama, Instituto Nacional de Ablación y Trasplante, Centro Nacional de Control de Adicciones, IMT, Hospital General Pediátrico, Hospital Nacional, Hostal Materno Infantil de: Cruz Roja, San Pablo, Santísima Trinidad, Banco de Leche Humana, IBS, INAN.
HC.6.4	Programas de vigilancia del estado de salud	Se considera en este inciso el monto total resultante del C.A. de la columna Prevención de Salud Sexual y Reproductiva; Programas de Salud; Sistema Nacional de Vigilancia para la Salud; Programa Nacional de Lucha contra la Diabetes; Programa de enfermedades no transmisibles.
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	Se considera en este inciso el monto total del presupuesto de SENEPA y del Centro Antirrábico Nacional PN de Prevención Cardiovascular, PN de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida, Programa Nacional de Lucha contra la Diabetes, Programa de Enfermedades No Trasmisibles, Estrategia de Gestión Integrada-Dengue.
HC.7	Gobernanza y Administración del sistema de salud y del financia- miento.	
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud HC.7.1	Incluye los montos del Tipo de Presupuesto 1 Administración Central, Staff Regional, entre otros no clasificados anteriormente.
HC.8	Otros servicios de salud no clasificados en otra parte (n.e.p.)	Los programas no incluidos en la clasificación, así como SENASA, DIGESA y el tipo de Presupuesto 3.

Elaboración: Dirección de Economía de la Salud. MSPBS.



PARAGUAY
**CUENTAS DE
SALUD**

2012 - 2013



TESAJ HA TEKO
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo hande rapeti ko'ãe guive
Construyendo el futuro hoy

ISBN: 978-99967-36-78-0



9 789996 736780

