ESTIMACIÓN DEL GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP): UN MARCO DE REFERENCIA

Informe Final

Presentado a la
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Por: Magdalena Rathe
Fundación Plenitud

Santo Domingo, R. D.
Mayo de 2002

RESUMEN EJECUTIVO

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha puesto en marcha la iniciativa "La salud pública en las Américas", la cual tiene el propósito de fortalecer la rectoría de las autoridades sanitarias en el desarrollo de las políticas y la implementación de sus funciones en materia de salud pública. Mediante estos esfuerzos, se pretende llenar un vacío en los procesos de reforma del sector salud a que están abocados la mayoría de los países, puesto que en ellos el tema de la salud pública ha sido el gran ausente. Para llenar este vacío — y tomando como base trabajos previos de la Organización Mundial de la Salud y de otras instituciones — la OPS ha definido, mediante un proceso participativo a nivel continental, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). En una fase posterior, después de definir una metodología para la medición del desempeño de los países en la ejecución de las FESP, la OPS llevó a cabo un amplio proceso de aplicación de los instrumentos para medir dicho desempeño. A fin de completar este trabajo iniciado sobre la medición del desempeño de las FESP, se requiere desarrollar una metodología que permita a los países identificar el monto de los recursos que asignan actualmente para llevar a cabo las FESP, así como sus fuentes de financiamiento.

En tal sentido, el propósito de la presente consultoría es elaborar un documento que provea un marco de referencia para estimar los recursos que los países destinan al cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Esto se haría dentro del contexto metodológico de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), según los instrumentos de mayor actualidad que las apoyan, es decir, el Sistema de Cuentas de Salud – 2000, de la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo (OECD) y la Guía de Productores, que está siendo desarrollada mediante una iniciativa conjunta de la propia OPS, la OMS, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del Proyecto Partnerships for Health Reform (PHR).

Los resultados de la presente iniciativa tendrán importantes usos para fines del desarrollo de las políticas y la práctica de la salud pública a nivel regional, y contribuirán también a estos mismos fines en el resto del mundo. Algunos de sus posibles beneficios se resumen a continuación:

- Mejorar la capacidad de asignación de los recursos, tanto corrientes como de inversión, en las funciones esenciales de salud pública y, consecuentemente, eficientizar el gasto público.

- Mejorar el conocimiento sobre la forma en que se lleva a cabo la ejecución de las FESP y sobre la manera en que los países pueden irse aproximando al estándar.

- Contribuir al mejoramiento de la infraestructura de salud pública y al desempeño en las FESP.

- Mejorar la calidad de los sistemas de salud en su conjunto, al elevar la capacidad normativa de la autoridad sanitaria y su desempeño.

- Transparentar la asignación de recursos en las FESP en las estadísticas presupuestarias y, consecuentemente, en las Cuentas Nacionales de Salud.

La parte central de este informe es el marco metodológico para la estimación del gasto y financiamiento en las FESP. Se parte de la clasificación del sistema de cuentas de salud de la OECD y se delinea la metodología para la presentación, el levantamiento y el procesamiento de los datos, particularmente para el caso de la República Dominicana.

Es preciso señalar que no hay correspondencia entre la clasificación del Manual de Cuentas de Salud y la descripción de las FESP. Se requiere de una reflexión profunda a nivel internacional sobre cuál es la información que interesa tener en el campo de la salud pública, cuáles son aquellas actividades básicas que permiten a la autoridad sanitaria ejercer a cabalidad su función de rectoría y cómo éstas se pueden medir y monitorear en el transcurso del tiempo. El consenso al que se llegue en esta dirección orientará una futura modificación de las categorías relacionadas con la salud pública en el sistema de cuentas de salud. Mientras tanto, habrá que adaptarse a la clasificación existente, hacer las explicaciones de lugar y, en caso de ser posible, abrir un poco más los clasificadores.

Para realizar la estimación de gasto y financiamiento, se requiere, de una manera esquemática, realizar las siguientes tareas:

- Identificar la organización institucional para la ejecución de la FESP en cuestión.

- Analizar el presupuesto de cada institución o departamento.

- Separar las tareas que realiza la entidad para cumplir con la FESP, de las otras actividades.

- Estimar el nivel de esfuerzo para llevar a cabo la FESP.

- Identificar las fuentes de financiamiento.

- Agregar los valores y presentar los resultados de manera coherente.

Los lineamientos metodológicos preliminares presentados en este informe, serán utilizados posteriormente en la realización de un estudio piloto en la República Dominicana, terminado el cual se podrá contar con un conjunto de pautas más coherentes y completas, que servirán de base a los estudios de caso que se realicen luego en varios países de la región.

El alcance del ejercicio se limita al gasto que realiza la Autoridad Sanitaria, por lo que la investigación del gasto se limita a los fondos públicos. El financiamiento, por su

parte, puede provenir del erario público (a través de diferentes vías o tipos de impuestos), como del sector privado (empresas y hogares) y el resto del mundo (préstamos y donaciones).

En el trabajo se presenta un primer diseño de los instrumentos para la recolección de los datos, con ejemplos de los resultados intermedios de este proceso. A renglón seguido se ofrecen algunas ideas sobre cómo abordar en la práctica el trabajo de campo. Luego se trazan algunas pautas para la agregación de los datos y el análisis de los resultados. Como es evidente, esta metodología es preliminar, y la misma será revisada y corregida durante la fase del estudio piloto.

Este es un tema absolutamente novedoso, ya que es la primera vez que se intenta adaptar las cuentas nacionales de salud a las funciones esenciales de salud pública. Pero además, dichas funciones tampoco han sido nunca costeadas, ni existe un desglose de las actividades fundamentales que cada una debería incluir para cumplir cabalmente con su cometido. El instrumento que se usa actualmente para medir el desempeño de las FESP tiene un enfoque de resultado – dando por sentada una cierta organización institucional y forma de producción de las FESP que, hasta el momento, no se encuentra explícita.

En consecuencia, el trabajo de estimar el gasto y financiamiento en las FESP va a constituir una tarea de reconstrucción de la forma en que se realiza cada una de ellas en los países donde se intenten aplicar estos lineamientos metodológicos. De su aplicación práctica se obtendrán enseñanzas que determinarán cambios tanto en el alcance, en los procedimientos y en la presentación de los resultados. Por esta razón, este marco metodológico no estará terminado hasta que se haya aplicado en varios países a manera piloto y se haya constatado la viabilidad práctica de las propuestas metodológicas, las diferencias en cuanto a la organización interna de cada país así como de sus sistemas de presupuesto y de estadísticas, todo lo cual irá transformando el instrumento al ir atravesando un proceso de aproximaciones sucesivas.

Es importante tener en cuenta, en el desarrollo del trabajo, que el contenido de las acciones que pueden ser incluidas en cada una de las FESP, puede variar mucho en cada país, dado el nivel de desarrollo y las características particulares del mismo. Puede haber un grado importante de subjetividad en este sentido, que dificulte la adopción de una metodología uniforme a la hora de calcular los gastos, ya sean éstos actuales o ideales.

A pesar de lo anterior, se requiere realizar un esfuerzo para desagregar cada una de las FESP en actividades claves. Existe un avance al respecto en la implementación de la medición del desempeño de las FESP, realizada por la OPS en la mayoría de los países de la región. El instrumento desarrollado para esta medición incluye ciertos indicadores para evaluar cada una de las FESP y presenta un estándar o ideal para cada uno de estos indicadores. El reto, ahora, sería tratar de definir ciertas actividades claves que realizan los ministerios de salud, tanto con la finalidad de identificarlas luego en el presupuesto como para trazar planes de acción para alcanzar niveles adecuados de ejecución. A este esfuerzo de identificación de la "función de producción" de cada FESP, se le ha llamado "enfoque normativo" o "enfoque de costo".

Una vez que ambos trabajos hayan avanzado suficientemente – las pruebas piloto del marco metodológico para la estimación del financiamiento y gasto y el enfoque de costo – se deberán producir instrumentos más acabados para la realización de estudios de caso en otros países. Al culminar este proceso se espera tener un instrumento adecuado, que permita a la autoridad sanitaria monitorear la movilización de recursos y la asignación de los mismos a las distintas funciones de salud pública, con lo cual estará en mejores condiciones de ejercitar la tarea primordial de la rectoría dentro del sector salud.

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes
1.2 Objetivos

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA RELACIONADA CON LAS FESP

2.1 La estrategia de salud pública para las Américas
2.2 La estrategia del Banco Mundial en salud pública
2.3 Los antecedentes de estimación de gasto y financiamiento en FESP

III. MARCO METODOLÓGICO PARA LA ESTIMACIÓN DEL GASTO Y EL FINANCIAMIENTO

3.1 Caracterización de las FESP
3.2 Las FESP y las Cuentas Nacionales de Salud
3.2.1 Clasificación funcional
3.2.2 Clasificación funcional preliminar de las FESP
3.2.3 Clasificación de fuentes de financiamiento y agentes financieros
3.3 Estimación del gasto y el financiamiento en las FESP
3.3.1 Revisión de las cifras de las CNS
3.3.2 Las estadísticas de ejecución presupuestaria del gobierno
3.3.3 Ejemplo de organización institucional para ejecutar las FESP
3.4 Pautas metodológicas para la estimación
3.4.1 Resultados esperados
3.4.2 Diseño de los instrumentos
3.4.3 Proceso de recolección de los datos
3.4.4 Agregación de las cifras
3.5 Presentación de resultados

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

SIGLAS
INDICE DE CUADROS
INDICE DE ANEXOS

ANEXOS

ESTIMACIÓN DEL GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP): UN MARCO DE REFERENCIA

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha puesto en marcha la iniciativa "La salud pública en las Américas", la cual tiene el propósito de fortalecer la rectoría de las autoridades sanitarias en el desarrollo de las políticas y la implementación de sus funciones en materia de salud pública. Mediante estos esfuerzos, se pretende llenar un vacío en los procesos de reforma del sector salud a que están abocados la mayoría de los países, puesto que en ellos el tema de la salud pública ha sido el gran ausente. Sin embargo, se ha hecho evidente que una gran proporción de los problemas de salud de los países en desarrollo, sólo puede ser enfrentada con acciones propias de la salud pública.

Para llenar este vacío — y tomando como base trabajos previos de la Organización Mundial de la Salud y de otras instituciones — la OPS ha definido, mediante un proceso participativo a nivel continental, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). En una fase posterior, después de definir una metodología para la medición del desempeño de los países en la ejecución de las FESP, la OPS llevó a cabo un amplio proceso de aplicación de los instrumentos para medir dicho desempeño. En la actualidad, se encuentra en la fase final de análisis de los resultados de ese proceso.

A fin de completar este trabajo iniciado sobre la medición del desempeño de las FESP, se requiere desarrollar una metodología que permita a los países identificar el monto de los recursos que asignan actualmente para llevar a cabo las FESP. Esto podría realizarse dentro del marco de las Cuentas Nacionales de Salud, actividad que también la OPS apoya en los países de las Américas. Al mismo tiempo, dados los estándares ya identificados para el buen cumplimiento de dichas funciones en sentido general, se requiere desarrollar un marco conceptual que permita a los países costear la implementación futura, sobre todo de aquellas funciones cuyo desempeño ha resultado pobre en el proceso de evaluación.

En tal sentido, el propósito de la presente consultoría es elaborar un documento que provea un marco de referencia para estimar los recursos que los países destinan al cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Esto se haría dentro del contexto metodológico de las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), según los instrumentos de mayor actualidad que las apoyan, es decir, el Sistema de Cuentas de Salud – 2000, de la Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo (OECD) y la Guía de Productores, que está siendo desarrollada mediante una iniciativa conjunta de la propia OPS, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del Proyecto Partnerships for Health Reform (PHR).

Por su parte, el Banco Mundial, dentro de sus esfuerzos en pro de la erradicación de la pobreza, se encuentra en proceso de formulación de una estrategia para incorporar el tema de la salud pública a todas sus operaciones. En este sentido, ha identificado la oportunidad de colaboración con la OPS para ir adelante en el desarrollo conceptual y la estimación de gasto, financiamiento y costo de las FESP.

De esta manera, en una etapa posterior – y a través de una iniciativa conjunta entre ambas instituciones -- se abordaría la realización de un estudio piloto para probar la propuesta que aquí se presenta y, más adelante, para la realización de estudios de caso para estimar el gasto y el financiamiento en las FESP en una serie de países seleccionados, así como para costear planes de acción para el cumplimiento de los estándares.

1.2 Objetivos

Los objetivos del presente informe pueden resumirse como sigue:

- Revisar la literatura internacional relacionada con las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), sugerida por la OPS.

- Redactar un documento que contenga un marco de referencia para la estimación del financiamiento y el gasto que realizan los países de las Américas en las FESP.

Los resultados de la presente iniciativa tendrán importantes usos para fines del desarrollo de las políticas y la práctica de la salud pública a nivel regional, y contribuirán también a estos mismos fines en el resto del mundo. Algunos de sus posibles beneficios se resumen a continuación:

- Mejorar la capacidad de asignación de los recursos, tanto corrientes como de inversión, en las funciones esenciales de salud pública y, consecuentemente, eficientizar el gasto público.

- Mejorar el conocimiento sobre la forma en que se lleva a cabo la ejecución de las FESP y sobre la manera en que los países pueden irse aproximando al estándar.

- Contribuir al mejoramiento de la infraestructura de salud pública y al desempeño en las FESP.

- Mejorar la calidad de los sistemas de salud en su conjunto, al elevar la capacidad normativa de la autoridad sanitaria y su desempeño.

- Transparentar la asignación de recursos en las FESP en las estadísticas presupuestarias y, consecuentemente, en las Cuentas Nacionales de Salud.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Un aspecto reconocido y ampliamente aceptado en la literatura relacionada con la economía de la salud, es la importancia de la intervención del Estado en este sector. A pesar de que se reconoce cada vez más la necesidad de reducir la intervención estatal en muchas áreas de la economía – especialmente, el rol de producción de bienes o servicios – esto no es siempre cierto en el caso del sector salud, donde los mercados claramente no funcionan.

Esto es particularmente cierto en el caso de los llamados ***bienes públicos***, es decir, aquellos bienes o servicios que benefician a la colectividad, sin que pueda identificarse a un beneficiario en particular, puesto que no es posible excluir a nadie a la vez que el consumo por parte de cualquiera de los miembros de la comunidad, no reduce el beneficio que reciben los demás, como sería el caso, por ejemplo, de las campañas de promoción de la salud o la regulación de la calidad de los productos farmacéuticos. Como es evidente, un mercado privado no podría producir tales bienes porque nadie estaría interesado en pagar por algo que sería imposible guardar para sí (Musgrove 2001). Algunos bienes son parcialmente públicos y privados, como las inmunizaciones. La persona que las recibe tiene un interés particular en protegerse a sí misma y por ello puede pagar un precio, pero el efecto social de esa acción es mucho mayor que el beneficio individual, esto es, la intervención tiene una alta ***externalidad*** positiva. También pudiera ser negativa, como la contaminación ambiental, por lo que ésta requiere también de la regulación estatal para evitarla o controlarla (Musgrove 2001).

El reconocimiento de que los mercados no funcionan para producir estos bienes públicos ha llevado a reflexionar sobre cuáles serían los bienes públicos fundamentales, es decir, cuáles son las funciones esenciales que debe asumir el Estado dentro del sector salud. Esta reflexión fue la que dio origen a la definición de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FEPS). Estas funciones tienen que ver, fundamentalmente, con el ejercicio de la ***rectoría*** dentro del sector salud, que corresponde a la autoridad sanitaria, la cual, generalmente, sobre todo en Latinoamérica, corresponde a los ministerios de salud. Se trata de la tarea fundamental de establecer las reglas de funcionamiento del sistema de salud y velar por su cumplimiento. Más que en ningún otro sector, este rol del Estado es esencial dentro del sector salud, a fin de garantizar la equidad, la calidad, la seguridad y, en definitiva, la salud de la población de un país.

La evolución del pensamiento relacionado con las FESP y los intentos de cuantificar el esfuerzo de la sociedad para producirlas, puede clasificarse en tres grandes componentes:

- La OPS y la estrategia de salud pública para las Américas, fundamentalmente, en lo que concierne a la metodología para estimar el desempeño en las FESP en los países de la región americana y su posterior implementación.

- La estrategia del Banco Mundial, según la cual la institución pretende aprovechar las herramientas de salud pública para elevar la salud de la población y contribuir a la reducción de la pobreza, a través del mejoramiento del contenido y la calidad de su portafolio de proyectos de salud.

- Los estudios realizados en los Estados Unidos para estimar el gasto y financiamiento en las funciones esenciales definidas por ellos, realizados a nivel de algunos estados y condados de ese país.

En anexo se muestran las referencias de la bibliografía más importante para fines del trabajo que nos atañe (Ver Anexo I).

2.1 La estrategia de salud pública para las Américas

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha puesto en marcha una iniciativa denominada "La Salud Pública en las Américas", con el propósito de mejorar la infraestructura y la práctica de la salud pública, así como fortalecer el rol rector del Estado en el sector salud. Para ello, se abocó primero a la definición de las funciones esenciales de salud pública, luego a la medición de su desempeño y, en la actualidad, a la estimación del gasto y financiamiento que los países realizan para su ejecución.

Este proceso comenzó formalmente en 1997, cuando el Consejo Directivo de la OPS analizó los retos de los ministerios de salud frente a los procesos de reforma sectorial, de fortalecer sus capacidades para ejercer apropiadamente su papel rector. En efecto, la ola de reformas de los años noventa insistía particularmente en la separación de funciones – a saber, las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. La primera de ellas es parte esencial de la rectoría. Correspondía, entonces, identificar las tareas fundamentales que debían asumir los ministerios de salud para el ejercicio de esa capacidad rectora sectorial. De esta forma, establecieron el grado de responsabilidad que correspondía a los ministerios de salud en las áreas de: conducción sectorial, regulación y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública ligadas al ejercicio de la autoridad sanitaria, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

En especial las dos primeras áreas dan origen a las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). De esta forma, el Consejo Directivo de la OPS, lanza la iniciativa "La Salud Pública en las Américas", con el siguiente alcance:

- Promover un concepto común de la salud pública y sus funciones esenciales en las Américas.

- Crear un marco para la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública aplicable a todos los países americanos.

- Apoyar la evaluación de la práctica de la salud pública en cada país, basándose en la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública.

- Proponer un plan continental de acción para fortalecer la infraestructura y mejorar la práctica de la salud pública, basado en los hallazgos de la medición del desempeño de las FESP.

- Publicar un libro denominado "El estado de la salud pública en las Américas", con los diferentes productos del proyecto, donde se ofrezca un panorama del grado en que las FESP se están cumpliendo en las Américas.

Con esta iniciativa, se pretende reinsertar la salud pública en la agenda de transformación del sector salud. Con la operacionalización de las FESP se intenta fortalecer la función de rectoría que corresponde a la autoridad sanitaria de cada país, aclarándose que las FESP no son la única responsabilidad del Estado en el sector salud, pero constituyen una parte relevante, cuyo adecuado cumplimento es fundamental para elevar los niveles de salud y la calidad de vida de la población (Muñoz, López-Acuña, et al).

El primer paso de la iniciativa fue definir cuáles serían las funciones esenciales de salud pública, para lo cual la OPS realizó un proceso de consulta regional. En el Instrumento 1 del Anexo V, se muestra una descripción de cada una de las 11 funciones definidas, incluyendo los indicadores para medir su desempeño.

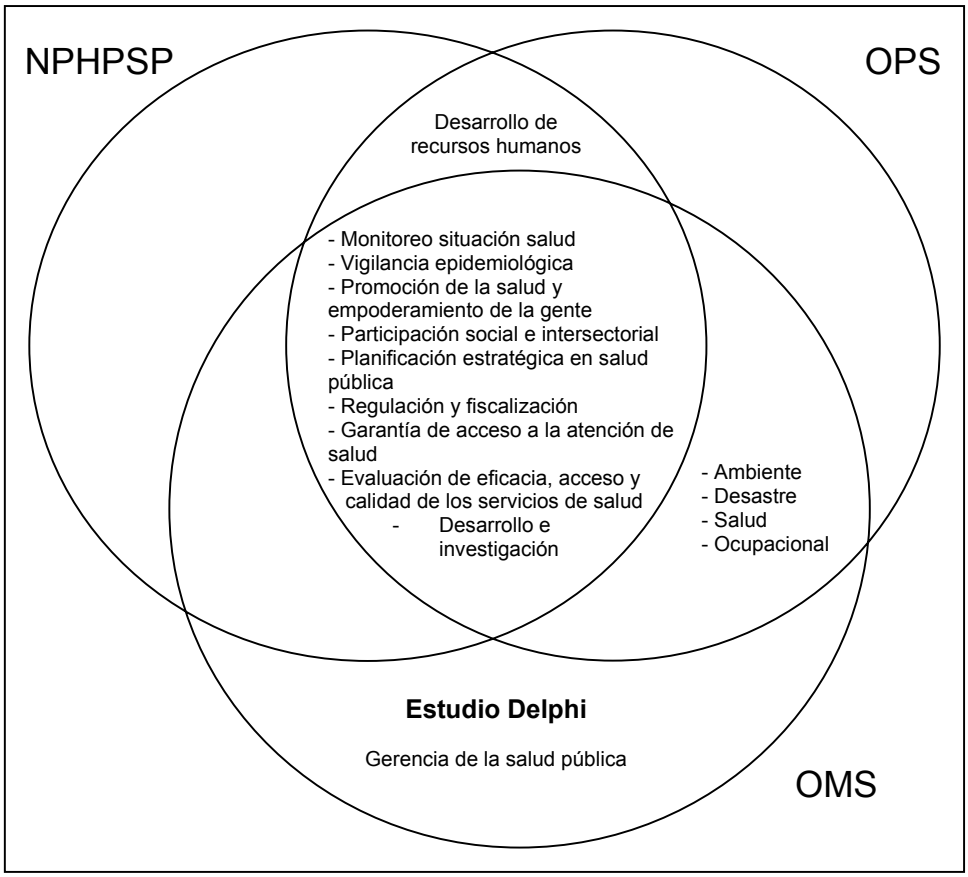
Existen varios antecedentes de este proceso de definición de las FESP. Primero, el estudio Delphi de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, segundo, el Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública (NPHPSP) de los Estados Unidos de América.

El primer estudio se realizó en base a un proceso de consultas en las que participaron 145 expertos en salud pública de distintas nacionalidades, en tres rondas. De allí surgieron diez funciones esenciales (Ver Anexo II). Los investigadores no llegaron a un consenso sobre ciertos temas básicos, sobre todo en lo concerniente al grado en que la atención de salud individual puede o no ser incluida como parte de las FESP. En definitiva, recomendaron continuar el proceso de consulta e investigación.

El segundo antecedente también fue el producto de un largo proceso de consenso sobre los "servicios esenciales de salud pública", realizado entre las distintas agencias norteamericanas que trabajan en el área de la salud pública. Ellos también definieron un conjunto de 10 FESP, en general, con bastante similitud a las que definió la OPS (Ver Anexo III).

El siguiente gráfico muestra la coincidencia entre las FESP definidas por cada uno de los estudios señalados.

<u>Cuadro 1</u>
Coincidencia entre las FESP definidas, el mecanismo conceptual propuesto, Coincidencia entre las FESP definidas por distintas entidades



Fuente: Muñoz, F., López-Acuña, et al, ***Las funciones esenciales de salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud, Revista Panamericana de Salud Pública, julio-agosto de 2000.***

El paso siguiente, después de definidas las FESP, fue intentar la medición de su desempeño, con el fin de identificar las fortalezas y debilidades de la práctica global de la salud pública. Al mismo tiempo, este diagnóstico permitiría saber cuáles son las áreas que requieren de un apoyo para su fortalecimiento, tanto en las capacidades humanas como en la infraestructura. De esta forma, se desarrolló una metodología que definía indicadores para cada una de las FESP y proponía "estándares óptimos" para cada indicador.

El instrumento de medición del desempeño fue revisado por un amplio grupo de expertos a nivel regional y se realizaron pruebas piloto para su validación en Bolivia, Colombia y Jamaica. Se trata de un mecanismo de auto evaluación para cada país, respecto a su práctica de la salud pública, así como para incentivar el desarrollo de planes nacionales para mejorar dicha práctica. En base a esta experiencia, se modificó el instrumento y se comenzó el proceso de su aplicación en todos los países de las Américas.

Los resultados obtenidos dan luz sobre cuál es la situación de las FESP en los países y cuáles son las áreas en que se requiere un fortalecimiento. En efecto, algunas funciones han resultado especialmente bajas en casi todos los países, como el aseguramiento de la calidad, los recursos humanos y la investigación en salud pública.

La tarea evidente que resulta a continuación de medir el desempeño, es saber cuánto gastan actualmente los países en llevar a cabo las FESP y de qué fuentes obtienen los recursos financieros. Esto permitirá identificar las FESP dentro de los programas que ejecuta la autoridad sanitaria, lo cual dará la posibilidad futura de monitorear la evolución de la asignación de los recursos. Asimismo, fortalecerá el rol negociador de los ministerios de salud para la obtención de sus presupuestos. Paralelamente, es necesario establecer cuáles son las tareas indispensables para poder cumplir con el estándar, a fin de formular planes de acción para fortalecer las funciones que así lo requieran.

2.2 La estrategia del Banco Mundial sobre salud pública

El Banco Mundial acaba de lanzar una estrategia para el fortalecimiento de la salud pública en todos los países donde la entidad realiza operaciones. Particularmente, después de la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas de septiembre del 2000 -- donde se reafirmó el compromiso a favor del desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza -- la institución se ha comprometido con esas metas, dentro de las cuales se haya la elevación de los niveles de salud de la población mundial. La reducción de la mortalidad infantil y materna, y la lucha contra las enfermedades transmisibles – tres de las ocho metas para el nuevo milenio – hablan de la importancia de fortalecer la salud pública, como forma de lograr el cumplimiento de los objetivos.

El documento "La salud pública y las operaciones del Banco Mundial"[1] es parte de una serie de informes e instrumentos destinados a guiar las operaciones del Banco. Su propósito es promover la comprensión común de la salud pública dentro del Banco, definirla mejor en su contexto operativo e identificar cómo el enfoque de salud pública puede ayudar a que la institución cumpla sus metas y objetivos. Siguiendo a la Asociación Americana para la Salud Pública, reconoce seis principios que resumen la teoría y la práctica contemporánea de la salud pública, a saber: énfasis en la responsabilidad colectiva por la salud y rol fundamental del Estado en la protección y promoción de la salud de la población; enfoque en toda la población; énfasis en la prevención, especialmente la estrategia de prevención primaria; preocupación por los determinantes socioeconómicos de la salud y la enfermedad, así como los factores de riesgo; base multidisciplinaria, que incorpora métodos cuantitativos y cualitativos; relación de sociedad con las poblaciones servidas.

En la búsqueda de una definición operacional de la salud pública, el Banco Mundial acepta las once funciones esenciales definidas por la OPS, pero las agrupa en cinco categorías:

[1] Este documento, publicado en marzo de 2002, corresponde al departamento de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, y sus autores son Mariam Claeson, A. Edward Elmendorf, Daniel S. Millar y Philip Musgrove.

- Desarrollo de políticas.
- Producción y diseminación de evidencia para las políticas, estrategia y acciones de salud pública.
- Prevención y control de enfermedades.
- Acciones intersectoriales para el mejoramiento de la salud.
- Desarrollo de recursos humanos y fortalecimiento institucional.

La justificación del análisis de la salud pública en términos de funciones en adición a las actividades específicas u objetivos finales, se basa en la realidad de que la salud pública describe un espectro de competencias fundamentales de los sistemas de salud que no pueden ser dejados al mercado y que constituyen parte de la función de rectoría. Las funciones de salud pública se necesitan para cumplir con las tareas de asegurar el acceso, calidad y el empoderamiento de los ciudadanos en la salud, a través del monitoreo de la situación de salud, la vigilancia, regulación, evaluación, movilización social, control y prevención de enfermedades y desarrollo de la fuerza de trabajo.

Dado que la mayoría de estas actividades pueden clasificarse como bienes públicos, la intervención estatal en éstas tiene que ser mayor que en la atención clínica, si bien ambas áreas forman un continuo más que una dicotomía. La función de rectoría implica una visión de largo plazo y un sentido de responsabilidad, no sólo por los resultados globales de salud de la población actual, sino también de las generaciones futuras.

El cuadro que sigue muestra cómo se agrupan las once FESP en las categorías señaladas.

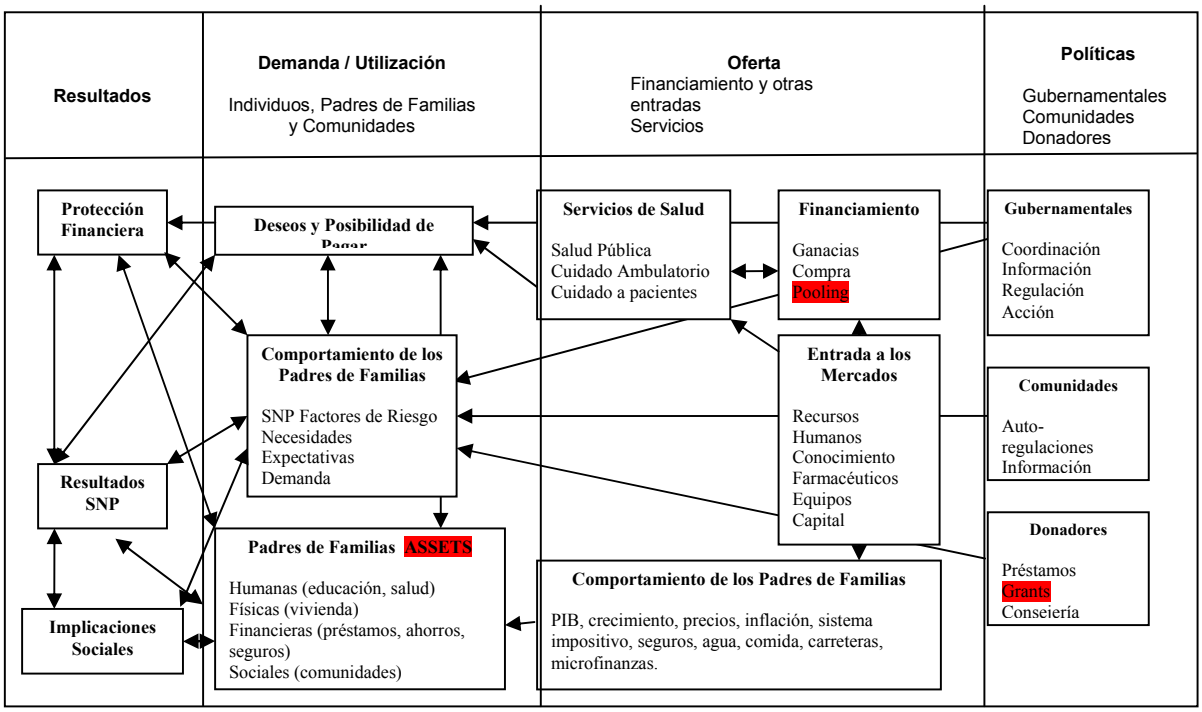
Cuadro 2
Categorías y ejemplos de las FESP

1. Desarrollo de Políticas: Regulación y reforzamiento de la salud pública.* Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios esenciales de salud.* Aseguramiento de la calidad de los servicios de salud personal y poblacional.* Formulación y planeamiento de políticas. Financiamiento y manejo de los servicios de salud Políticas farmacéuticas, regulaciones y puesta en marcha.
2. Recolección de evidencia para la formulación de políticas de salud, estrategias y acciones: Monitoreo y análisis de la situación de la salud.* Investigación, desarrollo y implementación de soluciones creativas a los problemas de salud.* Provisión de información a los consumidores, productores, creadores de políticas y financistas. Sistemas de manejo e información de la salud. Investigación y evaluación.
3. Prevención y control de enfermedades: Control de riesgos y daños a la salud pública.* Manejo de enfermedades transmisibles y no transmisibles. Promoción de las salud.* Cambio en el comportamiento en cuanto a la prevención y control de enfermedades. Participación ciudadana.* Reducir el impacto a la salud que ocasionado por las emergencias y los desastres. *
4. Acción intersectorial por una mejor salud Control del medio ambiente y de la salud, incluyendo seguridad en las carreteras, contaminación ambiental, control de infraestructura, higiene y agua. Manejo de desperdicios médicos; Legislación de Tabaco, Educación de la salud en las escuelas.
5. Desarrollo de los recursos humanos y de su capacidad para contribuir en la salud pública. Desarrollo de políticas, planes y capacidad gerencial.* Desarrollo de los recursos humanos y entrenamientos.* Construcción de la capacidad comunitaria.

* Semejantes a las establecidad por la OPS como Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

La salud pública permea todo el sistema de salud, desde la formulación de las políticas hasta los resultados, tal como se observa en el gráfico a continuación:

Cuadro 3
Determinantes de la Salud



El Banco Mundial se plantea que tiene un papel importante que jugar en el tema de la salud pública, tanto a nivel de los países como globalmente.

Sus opciones estratégicas a nivel de los países se resumen en las siguientes áreas:

- Dar prioridad a la salud pública en el diálogo político y en los préstamos.
- Evaluar el desempeño de las funciones de salud pública.
- Incorporar las funciones de salud pública en los Informes Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (PRSP) y en los Estudios de Evaluación de País (CAS).
- Diseñar soluciones e inversiones adecuadas al nivel de desarrollo.

En lo concerniente al rol global del Banco, se plantea las siguientes líneas de acción estratégica:

- Diseminar conocimientos sobre salud pública y funciones de salud pública.

- Conducir investigaciones y análisis relacionados con las funciones de salud pública.
- Involucrarse selectivamente en iniciativas globales de salud

Para concluir, la estrategia de salud pública del Banco Mundial reconoce que esta disciplina evoluciona rápidamente al comenzar el nuevo milenio, con temas novedosos, como los aspectos relacionados con la salud producto de la globalización, la salud pública en las sociedades post-conflictos, bienes globales de salud pública y enfermedades re-emergentes. En este sentido, se plantea que la perspectiva de la salud pública debe ser infundida a todo el trabajo de la institución.

2.3 Antecedentes de estimación de gasto y financiamiento en FESP

Desde hace una década, los Estados Unidos de América se vienen interesando en el tema de las funciones esenciales de salud pública y preguntándose sobre cómo estimar el monto de los recursos que se asignan a ellas. Ya en 1993 recomendaron la necesidad de que las reformas estructurales del sector salud se abocaran a modificar la asignación de los recursos, para fortalecer la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Para ello era necesario saber cuál era el financiamiento de la salud pública.

Naturalmente, el primer problema al que se enfrentaron fue la definición de las funciones o servicios esenciales de salud pública. La falta de un lenguaje común confundía el debate político durante el proceso de discusión de la reforma del sector salud en los Estados Unidos, por lo cual se encomendó a la Asociación de Salud Pública la tarea de construir esta base común. Como se señaló previamente, la definición de estas funciones o servicios se realizó mediante un proceso participativo, donde numerosas agencias[2] opinaron al respecto y lograron definir diez servicios esenciales, con sus respectivas líneas programáticas y actividades incluidas y no incluidas, lo que permitiría el proceso de estimación de los recursos involucrados (Ver Anexo III).

A mediados de los noventa, el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de la Secretaría de Planificación y Evaluación, recomendó la realización de un estudio sobre la posibilidad de recoger información periódica sobre la infraestructura de salud, incluyendo el gasto y el financiamiento. A pesar de que las definiciones eran todavía provisionales y, por lo tanto, no permitirían establecer sistemas de información rutinarios y comparables sobre el tema, el estudio dejó claro el gran potencial de esta área de estudio, para responder y documentar

[2] Algunas de las agencias participantes en el Comité para las Funciones de Salud Pública son las siguientes: Asociación Americana de Salud Pública, Asociación de Escuelas de Salud Pública, Asociación de Oficiales Estatales y Territoriales de Salud Pública, Asociación Nacional de Oficiales de Condados y Ciudades, Asociación Nacional de Directores Estatales de Abuso de Alcohol y Drogas, Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental, Fundación de Salud Pública, Socios para la Prevención, Agencia para la Investigación de la Calidad en la Salud, Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, Administración de Drogas y Alimentos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Servicio de Salud Indígena, Institutos Nacionales de Salud, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

cuestiones importantes de política sobre el efecto de la infraestructura de salud pública en el funcionamiento y los resultados del sistema de salud.

Una primera estimación del gasto en prevención a nivel estatal, indicó que sólo el 1% del gasto nacional era asignado a programas poblacionales de salud pública. Aún reconociendo que no era posible decir cuál sería un monto adecuado, estos resultados sustentaban la necesidad de fortalecer la infraestructura de salud pública, a fin de que ésta fuera capaz de reaccionar adecuadamente a eventuales brotes de epidemias en el futuro. De esta forma, se encomendaron tres estudios piloto de gasto a nivel estatal y local, utilizando el marco de referencia de la Asociación de Salud Pública sobre los diez servicios esenciales.

El primer estudio fue realizado por la Fundación para la Salud Pública en nueve estados de la unión americana y presentó sus resultados en noviembre de 1996. El segundo estudio, realizado sobre la base del anterior, se efectuó en tres jurisdicciones locales y concluyó en marzo de 1998. El tercer estudio, más reciente, fue ejecutado por la agencia de salud del estado de Maryland, incluyendo todas sus jurisdicciones locales. El cuadro que sigue muestra un resumen de los tres estudios.

Cuadro 4
Características de los Estudios de EU sobre el Gasto en Salud Pública

Año(s) de estudio y socios	Objetivos del Estudio	Respuestas	Conclusiones
1995-96 PHF	♦ Crear los instrumentos que nos faciliten estimar el gasto dirigido a las FESP, con el fin de poder comparar los diferentes lugares. ♦ Llevar los resultados a nivel nacional ♦ Evaluar las fortalezas y debilidades de dichas herramientas	9 Estados – AZ, IA, IL, LA, NY, OR, RI, TX, WA	1. El gasto público en salud puede ser medido y monitoreado a través de las FESP. 2. Las instituciones locales de salud deben estar involucradas directamente en el proceso de medición del gasto.
1997-98 NACCHO, NALBOH, PHF	♦ Refinar y adaptar los instrumentos de medición a nivel local. ♦ Realizar estudios sobre las experiencias de las instituciones involucradas en el proyecto. ♦ Hacer recomendaciones con el fin de desarrollar una metodología estándar y de refinar los instrumentos.	3 Inst. locales de salud. Onondaga, NY TriCounty, WA Columbus, OH	1. El proceso es seguro y los resultados son de gran valor. 2. A pesar de las diferencias a nivel metodológico y de preparación, los resultados fueron aceptables. 3. Las guías y reglas en cuanto a la toma de decisiones deben ser reforzadas con el fin de obtener mejores parámetros de comparación. 4. Los instrumentos mejorados deben ser probadas a nivel nacional.

1998-99 ASTHO, NACCHO, NALBOH, PHF	♦ Revisar los instrumentos de medición (mejorar las definiciones, reglas para la toma de decisiones, y ejemplos). ♦ Colectar a nivel regional los gastos de todas las instituciones de salud utilizando los instrumentos mejorados. ♦ Evaluar la seguridad, confiabilidad y comparabilidad de la información. ♦ Evaluar los paradigmas de servicios esenciales tales como: Educación e instrumentos de comunicación.	Departamento de Salud de Maryland, y los 24 MD departamentos locales de salud.	1. El proceso puede producir estimaciones confiables, las cuales pueden ser utilizadas como guía a la hora de realizar políticas. 2. Todavía hace falta trabajar más con el fin de crear conciencia acerca de los beneficios de todo este proyecto. 3. El proceso puede encajar en las categorías expuestas en los presupuestos de salud.

Con relación a los resultados obtenidos, se observó una gran disparidad de fondos asignados a la salud pública, en un rango que va desde los US$30 a los US$394. Estas diferencias pueden ser atribuidas a distintas organizaciones institucionales y a distintas prioridades de política – pero también a inconsistencias en las definiciones.

Todos los estudios presentaron sus resultados agrupando las funciones en ***servicios personales de salud pública*** – definidos como servicios clínicos entregados a individuos -- y ***servicios poblacionales de salud pública*** – definidos como intervenciones que promueven la salud y previenen la enfermedad en grupos enteros de población. Como era de esperarse, el grueso del gasto se concentró en los primeros, tal como se observa en el Cuadro a continuación.

<u>Cuadro 5</u>
Gasto per cápita de los estudios realizados sobre las FESP

		Gasto Per Cápita		
Estudio (fecha)	**Sitio**	**Servicios personales de salud (Total en %)**	**Servicios a la población (Total en %)**	**Total de Servicios Esenciales de Salud**
Estudio en algunos estados de los EU. (1995-1996)	Arizona Iowa Louisiana New York Oregon Rhode Island Texas Washington	$73 (66%) $29 (57%) $52 (61%) $168 (77%) $91 (63%) $78 (55%) $56 (64%) $72 (53%)	$38 (34%) $22 (43%) $34 (39%) $51 (23%) $53 (37%) $65 (45%) $32 (36%) $64 (47%)	$111 $51 $68 $219 $144 $143 $88 $136
Estudio LHD (1997-1998)	Columbus Onondaga TriCounty	$24 (49%) $9 (19%) $2 (4%)	$25 (51%) $42 (81%) $35 (96%)	$49 $51 $37
Estudio en Maryland (1998-1999)	Maryland (Total) Local Estado	$170 (73%) $54 (53%) $116 (89%)	$62 (27%) $48 (47%) $14 (11%)	$232 $102 $130

Los resultados de los tres estudios señalan que se necesita aún profundizar más en la definición de las funciones, en el sentido de que quede bien claro "qué se incluye y qué se excluye", a fin de poder lograr comparabilidad entre las distintas jurisdicciones. Se pudo reconocer que hay una gran variabilidad en los tipos de organización institucional, con correspondientes diferencias en lo que concierne a la responsabilidad pública.

Se recomienda continuar realizando estos estudios de manera repetida, tanto en los mismos sitios donde se hicieron los pilotos como en nuevas localidades, a fin de continuar evaluando y fortaleciendo la metodología, para lograr resultados válidos, confiables y comparables. Otras recomendaciones incluyen la necesidad de educar a las agencias sobre las funciones esenciales de salud pública, las organizaciones de salud y los estudiantes de salud pública. Asimismo, coordinar con las instituciones que trabajan en el desarrollo de instrumentos para la medición del desempeño de las funciones de salud pública.

III. MARCO METODOLÓGICO PARA LA ESTIMACIÓN DEL GASTO Y FINANCIAMIENTO EN LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)

El presente capítulo constituye la parte central de este documento. En el mismo se definen las funciones esenciales de salud pública, se intenta ubicar las mismas en la clasificación del sistema de cuentas de salud de la OECD y, finalmente, se delinea la metodología para la estimación del gasto y el financiamiento en las FESP, particularmente para el caso de la República Dominicana.

3.1 Caracterización de las FESP

Las funciones esenciales de salud pública incluidas en este trabajo, son las definidas por la OPS en su Estrategia de Salud para las Américas, a saber:

- FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud
- FESP 2: Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.
- FESP 3: Promoción de la salud
- FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud
- FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública
- FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
- FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- FESP 9: Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos.
- FESP 10: Investigación en salud pública.
- FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Es importante tener en cuenta, en el desarrollo del trabajo, que el contenido de las acciones que pueden ser incluidas en cada una de las FESP, puede variar mucho en cada país, dado el grado de desarrollo y las características particulares del mismo. Puede haber un grado importante de subjetividad en este sentido, que dificulte la adopción de una metodología uniforme a la hora de calcular los gastos, ya sean éstos actuales o ideales.

A pesar de lo anterior, se requiere realizar un esfuerzo para desagregar cada una de las FESP en actividades claves. Existe un avance al respecto en la implementación de la medición del desempeño de las FESP, realizada por la OPS en la mayoría de los países de la región. El instrumento desarrollado para esta medición incluye ciertos indicadores para evaluar cada una de las FESP y presenta un estándar o ideal para cada uno de estos indicadores. El reto, ahora, sería tratar de definir ciertas actividades claves que realizan los ministerios de salud, con la finalidad de identificarlas luego en el presupuesto.

Esta tarea fue ya intentada en un estudio realizado en los Estados Unidos para diez funciones esenciales definidas por este país. En el Anexo 2 se muestran las actividades programáticas que incluyen y que no incluyen las FESP – las cuales no son idénticas a las correspondientes a la región de Latinoamérica y el Caribe. Sin embargo, constituyen una guía para que nuestros países puedan llegar a un consenso sobre el particular.

3.2 Las FESP en las Cuentas Nacionales de Salud

Las Cuentas Nacionales de Salud (CNS) constituyen un conjunto coherente de matrices que describen los flujos financieros dentro del sector salud en un año determinado. Ellas dan información sobre el origen de los fondos, su distribución entre las distintas instituciones que intervienen y el uso de los recursos, en base a ciertas clasificaciones que son de interés para fines de política. Las CNS son la herramienta más apropiada para analizar el gasto en salud en cualquier país, si bien el área correspondiente a la salud pública no está todavía muy desarrollada.

Muchos países todavía no han elaborado CNS, pero la mayoría están en ese proceso. El presente marco metodológico para estimar el gasto y financiamiento en las FESP no requiere que los países donde se vaya a aplicar tengan actualmente CNS. Sin embargo, utiliza los principios y clasificaciones de las mismas, de manera tal que los resultados de estas investigaciones puedan ser aplicados a las CNS que se elaboren en el futuro.

Para el análisis de las CNS como instrumento fundamental para estimar el gasto en las funciones esenciales de salud pública, se revisaron las clasificaciones del documento "Un Sistema de Cuentas de Salud", que constituye el manual básico de clasificación de las partidas correspondientes al sector salud, realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, publicado originalmente en el año 2000 y una nueva edición en el 2002. Asimismo, se estudió la última versión de la Guía de Productores, todavía a nivel de borrador, que está siendo desarrollada mediante una iniciativa conjunta de la propia OPS, la OMS, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del Proyecto Partnerships for Health Reform (PHR).

También se revisaron el manual sobre el sistema de cuentas nacionales de las Naciones Unidas de1993 y el Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas del FMI. Es preciso señalar que el manual de cuentas de salud de la OECD se realizó tomando como base las clasificaciones de Naciones Unidas y el FMI, así como otras clasificaciones internacionales (como la de industrias, por ejemplo) por lo cual es compatible con los sistemas de cuentas nacionales en todo el mundo.

El área fundamental de interés de las cuentas de salud es la "atención a la salud" y sus límites se refieren a "la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y la atención a largo plazo". La atención a la salud se refiere tanto a los servicios individuales que se proporcionan directamente a las personas, como a los servicios colectivos comúnmente llamados "de salud pública", como la promoción de la salud, las normas regulatorias, las tareas dirigidas a prevenir enfermedades y la administración.

3.2.1 Clasificación funcional

La clasificación funcional del manual de cuentas de salud especifica las siguientes funciones dentro del sector salud:

Cuadro 6

Clasificación funcional del sistema de cuentas de salud

Código ICHA	Clasificación funcional
HC.1	**Servicios de atención curativa**
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria
HC.1.2	Atención curativa en hospital de día
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria
HC.1.4	Servicios de atención curativa domiciliar
HC.2	**Servicios de atención de rehabilitación**
HC.2.1	Atención hospitalaria de rehabilitación
HC.2.2	Atención en hospital de día de rehabilitación
HC.2.3	Atención ambulatoria de rehabilitación
HC.2.4	Servicios domiciliarios de rehabilitación
HC.3	**Servicios de atención de enfermería a largo plazo**
HC.3.1	Atención hospitalaria de enfermería a largo plazo
HC.3.2	Atención en hospital de día de enfermería a largo plazo
HC.3.3	Atención domiciliar de enfermería a largo plazo
HC.4	**Servicios auxiliares a la atención de salud**
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Imágenes diagnósticas
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
HC.4.9	Otros servicios auxiliares misceláneos
HC.5	**Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios**
HC.5.1	Fármacos y otros bienes médicos no durables
HC.5.2	Accesorios terapéuticos y otros bienes durables
HC.6	**Servicios de prevención y salud pública**
HC.6.1	Salud materno infantil, planificación familiar y consejería
HC.6.2	Servicios de salud escolar
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles
HC.6.5	Salud ocupacional
HC.6.9	Otros servicios de salud pública misceláneos
HC.7	**Administración de salud y seguros de salud**
HC.7.1	Administración gubernamental general de salud
HC.7.2	Administración de salud y seguros de salud privados
HC.R	**Funciones relacionadas con la salud**
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de salud
HC.R.2	Educación y adiestramiento de personal de salud
HC.R.3	Investigación y desarrollo en salud
HC.R.4	Control de alimentos, higiene y agua potable
HC.R.5	Salud ambiental
HC.R.6	Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir la vida de personas enfermas o con discapacidad
HC.R.7	Administración y provisión de beneficios relacionados con la salud en dinero efectivo

Se denomina ***gasto corriente en salud*** al conjunto de erogaciones económicas que se realiza en las funciones HC.1 a HC.7. El ***gasto total en salud*** se obtiene añadiendo la función relacionada con la salud HC.R.1, que constituye la inversión de capital realizada en el sector. Las demás funciones relacionadas se añaden o no, dependiendo de la política de cada país, pero se presentan en una línea separada, con la finalidad de permitir la comparabilidad internacional.

Las funciones de salud pública están contenidas fundamentalmente en la categoría HC.6. Algunas de ellas caben en la HC.7, que se refiere a la administración gubernamental. Otras se incluyen en alguna de las funciones relacionadas con la salud, es decir, HC.R. Un primer intento de identificación de tales partidas fue realizado con las nueve funciones esenciales identificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo cual se muestra en el Anexo 3. Dicha tabla aparece en el Manual de Cuentas de Salud de la OECD, pero las funciones no son iguales a las analizadas en este documento las cuales, como se dijo, son el resultado de un proceso de debate y consenso en la región americana, realizado durante los últimos tres años.

3.2.2 Clasificación funcional preliminar de las FESP

A continuación se realiza un primer intento de clasificación de las FESP, sumamente preliminar, simplemente con el propósito de dar una idea de las partidas donde probablemente se ubicarán la mayor parte de las acciones en cada una de las FESP. Obviamente, sin un detalle de las actividades más importantes que cada FESP contiene, esta clasificación no puede más que ser tentativa. No obstante, cuando se realice la investigación de campo que determine con exactitud cuáles son las tareas que se realizan para desempeñar cada función, así como la definición de cuáles son las actividades que deben ser ejecutadas por la autoridad sanitaria para llevar a cabo estas funciones de una manera óptima, deberá procederse a la revisión de la misma.

Cuadro 7
Clasificación Preliminar de las FESP según el Sistema de Cuentas de Salud 2000

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	**Código ICHA (preliminar)**
1. Monitoreo y análisis de la situación de salud	HC6.9 / HC7.1
2. Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y daños a la salud pública.	HC6.3 / HC6.4 / HC7.1
3. Promoción de la salud	HC7.1 / HC6.3 / HC6.4
4. Participación de los ciudadanos en salud	HC7.1 / HC6.9
5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública	HC7.1
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.	HC7.1
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.	HC7.1
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.	HC.R.2
9. Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos.	HC.R.3
10. Investigación en salud pública.	HC.R.3
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.	-

Es preciso señalar que no hay correspondencia entre la clasificación del Manual de Cuentas de Salud y la descripción de las FESP. Por ejemplo, el Manual hace mención especial

de la salud ambiental y la salud ocupacional como funciones de salud pública, las cuales no figuran entre las FESP y, por el contrario, explícitamente excluye la reducción del impacto de emergencias y desastres como parte del gasto en salud. Asimismo, mezcla acciones colectivas, con intervenciones individuales, así como con tareas que son normativas y de regulación. Por ejemplo, una de las funciones de salud pública del manual es la "prevención de enfermedades transmisibles", HC.6.3. Dentro de ésta se tendrían que incluir la vigilancia epidemiológica y la promoción colectiva de la salud – típicas funciones de salud pública de la autoridad sanitaria y, por lo tanto, tareas de rectoría – pero también numerosas intervenciones individuales, como los consejos en el nivel primario sobre la necesidad de hervir el agua para prevenir la diarrea, las inmunizaciones o el seguimiento de la tuberculosis – todas éstas también acciones de salud pública, pero no parte esencial de la rectoría.

Evidentemente, se requiere de una reflexión profunda a nivel internacional sobre cuál es la información que interesa tener en el campo de la salud pública, cuáles son aquellas actividades básicas que permiten a la autoridad sanitaria ejercer a cabalidad su función de rectoría y cómo éstas se pueden medir y monitorear en el transcurso del tiempo. El consenso al que se llegue en esta dirección orientará una futura modificación de las categorías relacionadas con la salud pública en el sistema de cuentas de salud. Mientras tanto, habrá que adaptarse a la clasificación existente, hacer las explicaciones de lugar y, en caso de ser posible, abrir un poco más los clasificadores.

Debe señalarse que el Manual de Cuentas de Salud es un "trabajo en curso", habiéndose publicado recién su primera versión. A la luz de su puesta en práctica a nivel internacional, se irá modificando y adaptándose a la realidad y a la necesidad de información de los países. Las clasificaciones se han realizado principalmente a nivel de dos dígitos; en la mayor parte de los casos una desagregación mayor está todavía en proceso de investigación. En este sentido, los resultados de este trabajo y de los estudios de caso que se realicen en varios países para estimar el gasto y financiamiento de las FESP, contribuirá información valiosa para alimentar la reflexión sobre cómo abordar la clasificación de las tareas de salud pública en las cuentas nacionales de salud.

Es importante tener en cuenta que la mayoría de los países recién están comenzando a desarrollar cuentas nacionales de salud. En muy pocos países ésta es una actividad completamente institucionalizada y permanente. En general, la realidad es que las CNS se han realizado como un estudio esporádico para ciertos años. La aplicación de la clasificación del Sistema de Cuentas de Salud de la OECD – que, en efecto, constituye el estándar internacional – es, todavía muy incipiente. Por tal razón, difícilmente las CNS que existen actualmente sirvan para estudiar el gasto y financiamiento en las FESP. Sin embargo, es conveniente que los estudios en esta dirección sigan su metodología. Las clasificaciones del sistema de cuentas de salud y la estructura matricial propuesta, tanto por éste como por la Guía de Productores, serán de mucha utilidad para la comprensión de la forma en que se mueven los flujos financieros para llevar a cabo las FESP.

3.2.3 Clasificación de fuentes de financiamiento y agentes financieros

En este tema existe una diferencia de enfoque entre el sistema de cuentas de salud de la OECD y la Guía de Productores. El primero llama "fuentes de financiamiento" a los que la segunda denomina "agentes financieros". En la Guía de Productores se indica que las CNS deben construirse en una estructura de tres niveles, que describe el flujo del financiamiento entre las fuentes, los agentes financieros y los usos. Las "fuentes" son las mismas que en el sistema de cuentas nacionales de producto e ingreso, a saber:

- el gobierno, en sus diferentes modalidades (gobierno central, gobiernos locales, instituciones descentralizadas, empresas públicas, institutos de seguridad social).
- los hogares
- las empresas
- el resto del mundo

En última instancia, las fuentes serían los hogares y el resto del mundo, porque el gobierno toma dinero de los hogares en forma de impuestos y otras contribuciones. Con relación a las empresas, éstas bien podrían considerar sus gastos en salud como parte del costo de la mano de obra, con lo que, en definitiva, también recaerían sobre los hogares. Sin embargo, por convención y dada la importancia de lo que representan, se hace la distinción entre las cuatro fuentes. El resto del mundo se refiere a los recursos que ingresan a un país para financiar la salud por diferentes vías, tales como las donaciones, los préstamos y el saldo neto de los gastos de las personas que viajan por motivos de salud, tanto al país como fuera de él.

Para el caso de las FESP, el grueso del financiamiento va a provenir del gobierno, aunque en algunos países la cooperación internacional tiene una gran importancia en las intervenciones de salud pública. Aquellas intervenciones que son individuales puede ser que reciban también financiamiento de los hogares, en forma de tarifas o cuotas de recuperación (por ejemplo, las inmunizaciones).

En resumen, a través de las fuentes se movilizan los recursos destinados a salud. Los "agentes financieros", por su parte, son quienes asignan los fondos, es decir, quienes compran y pagan por los servicios. Se trata de aquellas entidades que normalmente operan en el sector salud, como los ministerios, institutos de seguridad social, organizaciones no gubernamentales y otros. La clasificación internacional para los agentes financieros es la siguiente:

Cuadro 8
Clasificación de los agentes financieros

CODIGO ICHA	AGENTES FINANCIEROS
HF.1	**Administraciones públicas**
HF.1.1	Administración pública excluyendo seguridad social
HF.1.1.1 HF.1.1.2 HF.1.1.3	Administración central Administraciones regionales / provinciales Administraciones locales / municipales
HF.1.2	Administraciones de seguridad social
HF.2	**Sector privado**
HF.2.1	Seguros sociales privados
HF.2.2	Empresas de seguros privados
HF.2.3	Hogares
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro
HF.2.5	Empresas (excepto seguros médicos)
HF.3	**Resto del mundo**

Para fines del presente trabajo, se utilizará el enfoque de la Guía de Productores, que separa las fuentes de los agentes financieros.

3.3 Estimación del gasto y financiamiento en las FESP

Tal como se vio en el acápite anterior, se recomienda seguir la metodología de las CNS que propone el Sistema de Cuentas de Salud de la OECD y la Guía de Productores, en lo que concierne al enfoque matricial, adaptada según las necesidades de las funciones esenciales de salud pública. En las secciones que siguen se presentará el formato esperado de las tablas mínimas que resultarían de la investigación de campo en cada país donde se aborde este ejercicio.

3.3.1 Revisión de las cifras de las CNS

La primera tarea a realizar es la revisión de las Cuentas Nacionales de Salud. Como se ha dicho previamente, muchos países todavía no las tienen. Incluso los que las tienen, muchas veces no han podido desagregar suficientemente sus erogaciones o no cuentan con un marco de referencia que les indique la importancia de identificar tales o cuales partidas. De todas maneras, este instrumento permitirá conocer cuál es el total de gastos que realiza el gobierno en todas las tareas de salud pública, aunque sin discriminación del tipo de gasto. Por ejemplo, las CNS de la República Dominicana muestran las siguientes partidas donde podría encontrarse las FESP:

Cuadro 9
República Dominicana: Gasto en salud por función, 1996

FUNCIONES	Sector Público	%	Sector Privado	Resto del Mundo	Total	%
TOTAL	**3,154.2**	**100.0**	**8,643.4**	**121.0**	**11,918.7**	**100.0**
Promoción y atención preventiva	39.9	1.3	695.5		735.1	6.2
Atención curativa	1,520.3	48.2	4,009.6	121.0	5,650.9	47.4
Investigación y formación RRHH	4.5	0.1	5.4		9.8	0.1
Regulación	386.6	12.3	0.2		386.8	3.2
Producción y compra de insumos	885.7	28.1	220.3		1,106.0	9.3
Administración	301.8	9.6	2,989.4		3,291.2	27.6
Edificaciones	15.5	0.4	723.3		738.8	6.2

FUENTE: Banco Central, Cuentas Nacionales de Salud del Sector Público, 1996 (citado en M.Rathe, Salud y Equidad).

Este cuadro revela información sorprendente, que debería motivar a la autoridad sanitaria a realizar investigaciones más profundas e, incluso, a replantear sus propias prioridades. Puede observarse que el gasto en promoción y atención preventiva sólo recibe el 1.3% del total que asigna a salud el sector público. El sector privado asigna una cifra cuantiosamente superior a esta actividad. ¿Cómo puede explicarse esto? Una explicación real es que las familias dominicanas pagan de su bolsillo una parte importante de los servicios preventivos, ya sea por desconfianza en los servicios públicos o por cualquier otra razón.

Otra explicación pudiera ser que ciertos servicios primarios se están ofreciendo en los hospitales públicos. Esto de hecho es así y el problema estriba en que la contabilidad no discrimina el gasto por niveles de atención dentro de los hospitales públicos. Por lo tanto, esa práctica puede llevar a errores de clasificación en las CNS, porque no es posible – a partir de las estadísticas de ejecución presupuestaria – separar los gastos correspondientes a servicios preventivos que se realizan en los hospitales públicos. Esto requeriría de investigaciones especiales que aún no se han realizado todavía en el país.

Las partidas que probablemente incluirían a las FESP serían las siguientes:

- Promoción y atención preventiva
- Investigación y formación de recursos humanos
- Regulación
- Administración

Estas hacen un total de RD$1,215.2 millones para el año 1996, equivalentes al 38.5% del gasto en salud del sector público. Este sería el "techo" para las FESP de ese año.

Es preciso señalar que el año 1996 fue el único año en que la República Dominicana elaboró las CNS de una manera completa, con apoyo de la OPS y PHR, siguiendo la metodología entonces desarrollada por la Universidad de Harvard. En esa época todavía no existían ni el manual "Sistema de Cuentas de Salud" de la OECD ni tampoco la Guía de Productores. En consecuencia, la clasificación funcional utilizada no sigue lo que es hoy el estándar internacional.

En los años subsiguientes, el Banco Central continuó repitiendo las CNS del sector público con la misma metodología del 1996. Nunca se rehicieron las investigaciones sobre el sector privado.

A pesar de ello, en el caso dominicano estas cifras serían una primera aproximación. En los países que estuvieran ya aplicando los nuevos avances metodológicos, podría disponerse de información más completa y detallada, aunque con las limitaciones señaladas previamente sobre la clasificación funcional que incluye las actividades de salud pública.

Las CNS también muestran, aunque de manera general, cuáles son las fuentes de financiamiento de la autoridad sanitaria, lo cual es un primer paso para un análisis más detallado de este aspecto, tal como se verá más adelante. La identificación de estas fuentes de financiamiento, aunque no se identifiquen claramente las actividades a las cuales se destinan, es un primer paso para un estudio más detenido.

Después de realizar este análisis inicial de las cifras a nivel macro, habrá que abordar el trabajo de estimación del gasto y financiamiento para cada una de las FESP. Para ello, es preciso conocer la organización institucional para la puesta en ejecución de cada FESP.

3.3.2 Las estadísticas de ejecución presupuestaria del gobierno

En vista de la agregación de las cifras de las CNS, es preciso, en adición a lo anterior, revisar las estadísticas de ejecución presupuestaria — en la mayoría de los países de Latinoamérica se utiliza el sistema de presupuesto por programas, sin que haya una clasificación uniforme de los mismos. En todos los casos, se requiere analizar detenidamente los sistemas de ejecución presupuestaria y conversar con los técnicos que clasifican los gastos. Como puede observarse en el cuadro que sigue, la información que se deriva de los presupuestos o de la ejecución presupuestaria del gobierno central, es todavía insuficiente. El trabajo, en consecuencia, tendrá que llegar al nivel de cada una de las instituciones o departamentos vinculados con la FESP en cuestión, a fin de obtener, de primera mano la información requerida.

Cuadro 10
Identificación de programas, subprogramas y actividades relacionadas con la FESP 2

FUNCION ESENCIAL DE SALUD PÚBLICA 2	PROGRAMA	SUBPROGRAMA	ACTIVIDAD
Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	Programa 1: Administración superior		
Principales instituciones o departamentos involucrados:			
Dirección General de Epidemiología	Programa 2: Coordinación, normas y control de programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 4: Control de enfermedades transmisibles y no transmisibles
Direcciones provinciales de salud	Programa 3: Servicios operativos	Subprogramas 1 al 8 (servicios a las regiones)	Actividad 1 en cada subprograma (servicios intermedios de coordinación supervisión y control)
Laboratorio Dr. Defilló	Programa 2: Coordinación, normas y control de programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 2: Depto. de Laboratorio y banco de sangre Subprograma 1: Servicios de salud
Departamento de laboratorio y red provincial de laboratorios de salud pública	Programa 2: Coordinación, normas y control de programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 2: Depto. de Laboratorio y banco de sangre Subprograma 1: Servicios de salud
Dirección de Ambiente	Programa 2: Coordinación, normas y control de programas de salud	Subprograma 3: Atención al medio ambiente	Actividad 1: Dirección de Servicios de Protección al ambiente Actividad 2: Saneamiento y control ambiental
Programa ampliado de inmunizaciones - PAI (SESPAS)			
Departamento materno infantil (SESPAS)	Programa 2: Coordinación, normas y control de programas de salud	Subprograma 1: Servicios de salud	Actividad 3: Servicio de salud a la madre y al niño y nutrición
Dirección General de Control de SIDA y ITS (DIGECIT)			
Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcant. (INAPA)	Programa 5: Financiamiento a instituciones		Actividad 1
Centro de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)	Programa 5: Financiamiento a instituciones		Actividad 3
Otras			

Tal como se observa, el nivel de información que puede proveer la ejecución presupuestaria al nivel del gobierno central o, incluso, de la propia Secretaría de Salud Pública, en el caso dominicano, es todavía sumamente agregada. Se requiere, en consecuencia:

- Identificar la organización institucional para la ejecución de la FESP en cuestión.
- Analizar el presupuesto de cada institución o departamento.
- Separar las tareas que realiza la entidad para cumplir con la FESP, de las otras actividades.
- Estimar el nivel de esfuerzo para llevar a cabo la FESP.
- Identificar las fuentes de financiamiento.
- Agregar los valores y presentar los resultados de manera coherente.

Como es evidente, la realización de este trabajo requiere de un fuerte apoyo de la autoridad sanitaria, por lo que se hacen indispensables las visitas a las autoridades del ministerio para explicar el trabajo y lograr su cooperación. Se sugiere también la asesoría de un experto en la FESP seleccionada, que conozca muy bien su ejecución, las instituciones que intervienen y las personas claves. Asimismo, para facilitar el trabajo de campo, se recomienda realizar un taller de introducción y un plan de visitas a las instituciones o departamentos para efectuar la estimación del nivel de esfuerzo conjuntamente con sus técnicos.

3.3.4 Ejemplo de organización institucional para ejecutar las FESP

Como se ha señalado previamente, una de las primeras tareas a ser realizadas al estudiar las FESP, es desentrañar la organización institucional del país en cuestión, para llevarla a cabo. En el caso de la FESP 2, vigilancia de la salud pública, a continuación se detallan las entidades involucradas, de una manera ilustrativa. Es preciso aclarar que la columna de "actividades que realiza relacionadas con la FESP 2" se refiere, exclusivamente, a las que cita la Memoria de la SESPAS del año 2000. Se requiere, todavía, de una investigación de campo más detenida para extraer las líneas programáticas fundamentales vinculadas con la FESP correspondiente.

Cuadro 11
Entidades que intervienen en la implementación de la FESP 2

ENTIDADES	TIPO DE ENTIDAD	ACTIVIDADES QUE REALIZA RELACIONADAS CON LA FESP 2
Dirección General de Epidemiología (SESPAS)	Dirección general del gobierno central, bajo la sombrilla de SESPAS	• Investigación de brotes (febriles, inmunoprevenibles, meningococcemia, estadísticas vitales, mortalidad materna e infantil, etc.) • Investigación de casos aislados con comportamientos de brotes • Talleres y capacitación • Participación en congresos y reuniones internacionales • Participación en cursos nacionales e internacionales • Apoyo a la vigilancia epidemiológica a nivel internacional

		• Apoyo a jornadas de vacunación • Evaluación de los sistemas de vigilancia epidemiológica • Reglamentos
Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET)	Organismo descentralizado de SESPAS	• Vigilancia y control de entomológicas, bilarzia, malaria, dengue, filaria y diagnóstico de parásitos.
Laboratorio Nacional Dr. Defilló	Organismo descentralizado de SESPAS	• Vigilancia epidemiológica: - Microbiología (baciloscopía y parasitología) - Virología • Laboratorio nacional de referencia
Dirección General de Ambiente (SESPAS)	Dirección general del gobierno central, bajo la sombrilla de SESPAS	• Vigilancia ambiental
Programa Ampliado de Inmunizaciones (SESPAS)		• Vigilancia de febriles eruptivas, parálisis fláccida, brotes
Programa de Tuberculosis (SESPAS)		• Vigilancia de tuberculosis
Programa de Nutrición (SESPAS)		• Vigilancia de nutrición
Centro de Control de Rabia (SESPAS)		• Vigilancia de rabia
Dirección Materno Infantil (SESPAS)		• Estadísticas vitales
Direcciones Provinciales de Salud (SESPAS)	Direcciones provinciales	• Existen ocho regiones de salud pública y 29 provincias, cada una con su área de epidemiología. Las DPS tienen un papel fundamental en la detección, la alerta y el control de enfermedades. El tipo de vigilancia que se hace en el país es de enfermedades y síndromes, fundamentalmente infectocontagiosas.
Departamento de laboratorios de SESPAS	Departamento de SESPAS	• Coordina la red de laboratorios regionales de salud pública
Dirección General de Control de SIDA e ITS (DIGECIT)	Dirección general del gobierno central, bajo la sombrilla de SESPAS	• Vigilancia de enfermedades de transmisión sexual
Departamento de Infectología del Hospital Robert Reid Cabral	Departamento de un hospital	• Vigilancia de enfermedades infecciosas
Instituto Dermatológico	ONG con fondos públicos en coordinación con CENCET	• Vigilancia y control de la lepra
Instituto Nacional de Agua Potable (INAPA)	Organismo autónomo del Estado	• Vigilancia de calidad del agua

FUENTE: SESPAS, Memoria 2000.

El cuadro anterior muestra la complejidad del trabajo que involucra estimar el gasto y el financiamiento en las FESP, pues requiere mirar las distintas entidades que intervienen desde una perspectiva diferente a la usual. Sin embargo, vale la pena hacerlo, pues es una manera de contribuir a la coordinación de las actividades de todas ellas bajo la rectoría de la autoridad sanitaria.

3.4 Pautas metodológicas para la estimación

En este acápite se presentan los lineamientos metodológicos preliminares para la estimación del gasto y financiamiento de las funciones esenciales de salud pública. Dichos lineamientos serán utilizados posteriormente en la realización de un estudio piloto en la República Dominicana, terminado el cual se podrá contar con un conjunto de pautas más coherentes y completas, que servirán de base a los estudios de caso que se realicen luego en varios países de la región.

El acápite se inicia con la presentación de los resultados esperados de la investigación, es decir, las tablas básicas que se obtendrá para las FESP, con la finalidad de estimar el gasto y financiamiento en las mismas. Estas tablas se basan en las que proponen el Sistema de Cuentas de Salud 2000 y la Guía de Productores. Sin embargo, han sido adaptadas a las necesidades de comprender los flujos financieros en las FESP. Después de la presentación de las tablas se ofrecerán algunas pautas sobre cómo enfocar el trabajo y cómo analizar los resultados.

El alcance del ejercicio se limita al gasto que realiza la Autoridad Sanitaria, por lo que la investigación del gasto se limita a los fondos públicos. El financiamiento, por su parte, puede provenir del erario público (a través de diferentes vías o tipos de impuestos), como del sector privado (empresas y hogares) y el resto del mundo (préstamos y donaciones).

A continuación se presenta una primera aproximación a lo que sería el diseño de los instrumentos para la recolección de los datos y algunos de los resultados intermedios de este proceso. A renglón seguido se ofrecen algunas ideas sobre cómo abordar en la práctica el trabajo de campo. Luego se trazan algunas pautas para la agregación de los datos y el análisis de los resultados.

3.4.1 Resultados esperados

Tal como se ha señalado previamente, el formato que se propone para las tablas finales es preliminar y se irá mejorando en la medida en que se contraste con la realidad al levantar datos específicos de los países, así como con las opiniones de los expertos, tanto de salud pública como de CNS. A continuación se hace referencia de dichas tablas finales, y en el Anexo IV se muestra un detalle de la información que contienen.

Tabla 1: Gasto corriente en FESP por fuentes de financiamiento y agente financiero

Tabla 2: Gasto corriente en FESP por agente financiero y función

En ciertos países existe la costumbre de financiar algunas actividades de salud pública con impuestos o contribuciones especiales y pudiera ser de interés conocer esta información en detalle. En tales casos, una tabla auxiliar de la tabla 1 podría tener un desglose del origen de los fondos públicos (Ver Tabla 1-A).

3.4.2 Diseño de instrumentos

Con la finalidad de recoger la información presupuestaria relacionada con las FESP, se ha diseñado un conjunto de instrumentos con los datos básicos, que se describen a continuación y se muestran en detalle en el Anexo V.

Instrumento 1: Información general FESP

El propósito de este instrumento es dar a conocer la definición de cada una de las FESP, los indicadores de evaluación del desempeño y los estándares para cada uno. Muchos de los técnicos que tendrán que ver con el trabajo de recolección de datos financieros en las entidades del ministerio de salud, no han estado vinculados al proceso de medición del desempeño y, por lo tanto, no están familiarizados con el mismo.

Instrumento 2: Cuestionario para estimar gastos y financiamiento en FESP

Este instrumento tiene el propósito de identificar las tareas que realiza la institución – ya sea que estén relacionadas o no con las FESP – a fin de separar estas últimas. Al mismo tiempo, con el mismo se pretende definir, de la mejor manera posible, las actividades programáticas que la entidad considera como parte de la FESP en cuestión y vincularlas a los indicadores de la evaluación del desempeño.

Instrumento 3: Estimación del nivel de esfuerzo

Con este instrumento se pretende estimar el tiempo que dedica el personal de la entidad a cada una de las FESP. Se parte de una lista del personal, los salarios anuales y el tiempo estimado que dedican a cada FESP, a labores administrativas y a otras tareas distintas de las FESP.

Instrumento 4: Presupuesto ejecutado por programa según fuentes de financiamiento

En esta hoja de cálculo se detallarán los programas y actividades tal como normalmente se denominan para fines de la preparación del presupuesto de las instituciones, clasificados por fuentes de financiamiento. Se espera obtener esta información directamente de los presupuestos ejecutados de los distintos departamentos. Dentro de los programas se insertará la información relacionada con las FESP que se haya obtenido a partir de la aplicación de los instrumentos anteriores.

Instrumento 5: Prespuesto ejecutado por objeto del gasto

Aquí se llenará el gasto ejecutado tal como usualmente se compila para la ejecución presupuestaria, pero sin distinguir a qué FESP corresponde.

Estos instrumentos serán probados en el campo. En la fase de realización del piloto en la República Dominicana, se piensa discutirlos con los técnicos que laboran en la ejecución de las FESP 2 y 9. Asimismo, al intentar llenarlos, se detectarán sus fortalezas y debilidades y se probará su utilidad y propiedad. La información que se obtenga de ellos por institución o departamento, deberá luego agregarse a nivel de función, para poder luego construir las tablas finales.

3.4.3 Proceso de recolección de los datos

En vista de que las FESP son realizadas por diferentes instituciones y de que todavía no está muy claro su contenido en términos de actividades programáticas, la investigación requiere de la participación de los técnicos involucrados en su ejecución.

La primera tarea, entonces, es la descripción de la organización institucional involucrada en la realización de cada FESP y luego, la convocación de un taller donde se llegue a un consenso sobre cuáles son las actividades fundamentales que van a definir cada FESP. Esto podría realizarse en un solo día con grupos de trabajo por FESP, o en varios talleres separados, uno por cada FESP. Este primer taller también tiene el propósito de dar a conocer la investigación, la importancia de los resultados y conocer los instrumentos para la recolección de los datos.

Paralelamente, se revisarán los presupuestos públicos, preferiblemente el informe de ejecución presupuestaria del año más reciente. En general – al menos, en la República Dominicana – el informe que se publica no contiene una desagregación suficiente de programas y actividades, ni tampoco ofrece información sobre ciertos departamentos por separado. En consecuencia, será preciso obtener las tablas de salida detalladas o pedir una impresión especial en el departamento de presupuesto del Ministerio de Salud.

Con estos datos es posible llenar los instrumentos 2 y 3 de una manera preliminar. Tendremos los programas y actividades tal como los describe actualmente el Ministerio y sus correspondientes fuentes de financiamiento y clasificación por objeto del gasto. El paso siguiente será identificar las FESP dentro de la clasificación de programas y actividades. Para ello se requiere el concurso de los técnicos de cada entidad – y la estimación del nivel de esfuerzo, donde debe concentrarse la atención de los investigadores. Aquí lo que corresponde es buscar cuántas personas trabajan en la función correspondiente, el tipo de personal, los salarios y la proporción del tiempo que dedican a la misma.

Para esto se requerirá trabajo en cada institución, visitas de asistencia técnica y talleres de discusión, ya sea generales o por FESP.

El trabajo siguiente – a cargo de los investigadores – es la separación de las actividades FESP y otras, la atribución de los gastos administrativos, la agregación de las cifras, la codificación según la clasificación de las cuentas de salud y la presentación de los resultados. En el acápite que sigue se dan algunos lineamientos para la presentación de los mismos.

Se sugiere que se realice un seminario final con todos los participantes en los talleres previos, con la finalidad de analizar los datos, antes de la conclusión del informe final de la investigación.

3.4.4 Agregación de los datos

A fin de poder llegar a las tablas finales que constituirán el resultado agregado de la investigación, será preciso construir un conjunto de tablas para cada una de las FESP, a partir de la organización institucional de cada una de ellas. La información de estas tablas provendrá del llenado de los instrumentos de recolección de los datos.

Es decir, para cada institución o departamento, se llenarán tablas semejantes a las que se mostró en el Anexo IV como tablas finales. Posteriormente, se sumarán todos los datos para presentar la información por cada una de las FESP.

3.5 Presentación de los resultados

Tal como se ha podido notar a partir de la explicación precedente, esta investigación es altamente intensiva en trabajo de campo, y tiene que ser realizada en estrecha coordinación con los organismos que ejecutan las funciones esenciales de salud pública.

Después de levantada toda la información, tiene que ser procesada a fin de llenar las tablas finales. Luego corresponde el análisis de las cifras y la presentación de los resultados. Se sugiere que el informe final del estudio contenga las siguientes partes:

I. Situación de la salud pública en el país

II. Organización institucional general

III. Gasto y financiamiento en funciones esenciales de salud pública:
   1. Cantidad de recursos movilizados
   2. Proporción con respecto al gasto total en salud pública
   3. Proporción con respecto al gasto público en salud
   4. Otros indicadores de interés (proporción con respecto al gasto total, con relación al PIB, gasto per cápita, etc.)
   5. Análisis de las fuentes de financiamiento

IV. Análisis del gasto y financiamiento por cada función
- FESP 1
- FESP 2
- FESP 3
- FESP 4
- FESP 5
- FESP 6
- FESP 7
- FESP 8
- FESP 9
- FESP 10
- FESP 11

V. Conclusiones y recomendaciones

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El marco metodológico para la estimación del financiamiento y gasto en las funciones esenciales de salud pública que se presenta en este documento, constituye una primera aproximación al tema. El mismo se basa en la literatura relacionada con las FESP, en la metodología de las cuentas nacionales de salud, en la experiencia de la autora con estudios similares y la experiencia de los Estados Unidos en intentar este tipo de ejercicio. Al diseñar la metodología, los referentes principales se refieren principalmente a la República Dominicana, que es donde se hizo un levantamiento de datos preliminar. Es muy probable que haya diferencias fundamentales tanto en el alcance como en los métodos de estimación en otros países, particularmente los más grandes y de organización federal.

Este es un tema absolutamente novedoso, ya que es la primera vez que se intenta adaptar las cuentas nacionales de salud a las funciones esenciales de salud pública. Pero además, dichas funciones tampoco han sido nunca costeadas, ni existe un desglose de las actividades fundamentales que cada una debería incluir para cumplir cabalmente con su cometido. El instrumento que se usa actualmente para medir el desempeño de las FESP tiene un enfoque de resultado – dando por sentada una cierta organización institucional y forma de producción de las FESP que, hasta el momento, no se encuentra explícita.

En consecuencia, el trabajo de estimar el gasto y financiamiento en las FESP va a constituir una tarea de reconstrucción de la forma en que se realiza cada una de ellas en los países donde se intenten aplicar estos lineamientos metodológicos. De su aplicación práctica se obtendrán enseñanzas que determinarán cambios tanto en el alcance, en los procedimientos y en la presentación de los resultados. Por esta razón, este marco metodológico no estará terminado hasta que se haya aplicado en varios países a manera piloto y se haya constatado la viabilidad práctica de las propuestas metodológicas, las diferencias en cuanto a la organización interna de cada país así como de sus sistemas de presupuesto y de estadísticas, todo lo cual irá transformando el instrumento al ir atravesando un proceso de aproximaciones sucesivas.

En la mayoría de los países, la autoridad sanitaria es la que se encarga de la realización de la mayor parte de las actividades incluidas dentro de las FESP. No obstante, existe un creciente sector de instituciones sin fines de lucro, particularmente en lo concerniente a la promoción de la salud, la investigación, la formación de recursos humanos y las tareas relacionadas con emergencias y desastres. Algunas de estas funciones también pudieran ser realizadas por el sector privado lucrativo, como es el caso de las universidades o la industria farmacéutica. En este caso, lo que interesa es determinar cuáles de estas tareas corresponden efectivamente al papel de rectoría de la autoridad sanitaria y que ésta delega en instituciones privadas.

Es preciso señalar que la información disponible sobre el sector privado es muy limitada. En caso de que, en el futuro, se decida ampliar el alcance de este trabajo a dicho sector, lo más probable es que se vaya a requerir de investigaciones especiales en

cada país, que permitan primero identificar las instituciones privadas que realizan cada una de las actividades correspondientes a las FESP y, luego, realizar encuestas específicas.

En resumen, la recomendación fundamental que resulta del presente esfuerzo es la necesidad de que se realicen al menos dos experiencias piloto en países distintos, en las cuales se apliquen los lineamientos que aquí se proponen. Esto permitirá evaluar la complejidad del trabajo, identificar los problemas en el terreno, ver cuáles son las dificultades y los obstáculos y buscar las soluciones para los mismos. Es preciso reiterar que la metodología, alcance y complejidad los estudios de caso va a variar, dependiendo de las características específicas de cada país y de la información disponible.

Es importante tener en cuenta, en el desarrollo del trabajo, que el contenido de las acciones que pueden ser incluidas en cada una de las FESP, puede variar mucho en cada país, dado el nivel de desarrollo y las características particulares del mismo. Puede haber un grado importante de subjetividad en este sentido, que dificulte la adopción de una metodología uniforme a la hora de calcular los gastos, ya sean éstos actuales o ideales.

A pesar de lo anterior, se requiere realizar un esfuerzo para desagregar cada una de las FESP en actividades claves. Existe un avance al respecto en la implementación de la medición del desempeño de las FESP, realizada por la OPS en la mayoría de los países de la región. El instrumento desarrollado para esta medición incluye ciertos indicadores para evaluar cada una de las FESP y presenta un estándar o ideal para cada uno de estos indicadores. El reto, ahora, sería tratar de definir ciertas actividades claves que realizan los ministerios de salud, tanto con la finalidad de identificarlas luego en el presupuesto como para trazar planes de acción para alcanzar niveles adecuados de ejecución. A este esfuerzo de identificación de la "función de producción" de cada FESP, se le ha llamado "enfoque normativo" o "enfoque de costo".

Una vez que ambos trabajos hayan avanzado suficientemente – las pruebas piloto del marco metodológico para la estimación del financiamiento y gasto y el enfoque de costo – se deberán producir instrumentos más acabados para la realización de estudios de caso en otros países. Al culminar este proceso se espera tener un instrumento adecuado, que permita a la autoridad sanitaria monitorear la movilización de recursos y la asignación de los mismos a las distintas funciones de salud pública, con lo cual estará en mejores condiciones de ejercitar la tarea primordial de la rectoría dentro del sector salud.

SIGLAS

OPS	Organización Panamericana de la Salud
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
CNS	Cuentas Nacionales de Salud.
OECD	Organización Económica para la Cooperación y el Desarrollo.
OMS	Organización Mundial de la Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
PHR	Proyecto Partnerships for Health Reform
FMI	Fondo Monetario Internacional
HC	Health Care (función código ICHA)
ICHA	Clasificación funcional del sistema de cuentas de salud
SESPAS	Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
CENCET	Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales
DIGECIT	Dirección General de Control de SIDA e ITS
INAPA	Instituto Nacional de Agua Potable
PIB	Producto Interno Bruto
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
PAHO	Pan-American Health Organization
WHO	World Health Organization
CDC	Center for the Disease Control and Prevention
CLAIS	Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud
WHO	World Health Organization
CFAP	Clasificación funcional de atención primaria
CFG	Clasificación funcional del gobierno
RRHH	Recursos Humanos
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Coincidencia entre las FESP definidas, el mecanismo conceptual propuesto, el NPHPSP y el estudio Delphi-OMS
Cuadro 2	Categorías y ejemplos de las FESP
Cuadro 3	Determinantes de la Salud
Cuadro 4	Características de los Estudios de EU sobre el Gasto en Salud Pública
Cuadro 5	Gasto per cápita de los estudios realizados sobre las FESP
Cuadro 6	Clasificación funcional del sistema de cuentas de salud
Cuadro 7	Clasificación Preliminar de las FESP según el Sistema de Cuentas de Salud 2000
Cuadro 8	Clasificación de los agentes financieros
Cuadro 9	República Dominicana: Gasto en salud por función, 1996
Cuadro 10	Identificación de programas, subprogramas y actividades relacionadas con la FESP 2
Cuadro 11	Entidades que intervienen en la implementación de la FESP 2

INDICE DE ANEXOS

ANEXO I REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXO II ACTIVIDADES PROGRAMÁTICAS PARA CADA UNA DE LAS FESP DEFINIDAS POR LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

ANEXO III CLASIFICACION CRUZADA PARA FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA DEFINIDAS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

ANEXO IV TABLAS FINALES DEL ESTUDIO DE GASTO Y FINANCIAMIENTO EN LAS FESP

Tabla 1: Gasto Corriente en FESP por Fuente de Financiamiento
Tabla 1-A: Origen de los Fondos Públicos
Tabla 2: Gastos en salud Pública: Agentes Financieros por Función

ANEXO V INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS EN EL ESTUDIO DE GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LAS FESP

Instrumento 1: Información General de FESP
Instrumento 2: Cuestionario
Instrumento 3: Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y Porcentaje de tiempo dedicado a cada una.
Instrumento4: Presupuesto Ejecutado por Programa, según Fuentes de Financiamiento, 2001
Instrumento 5: Presupuesto Ejecutado por Programa y Objeto del Gasto, 2001

ANEXOS

ANEXO I

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aiston, Ed, Dickson, K. And Previsich, N., **Essential functions in Canada's public health care system, decentralization, and tools for quality assurance: consistency through change in the Canadian health system**, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.8, Nos. ½, Julio-agosto 2000.

Atchison, Barry, Kanarek and Gebbie, K., **The Quest for an Accurate Accounting of Public Health Expenditures**, Journal of Public Health Management and Practice, September, 2000.

Barry, Centra, Pratt, Brown and Giordano, L., **Where do the dollars go? Measuring Local Public Health Expenditures.** March, 1998.

Claeson, Edward, Miller and Musgrove, **Public Health and Work Bank Operations, (1999-2001).**

Eilbert, K., et al, **Measuring Expenditures for Essential Public Health Services**, Public Health Foundation, Washington, DC (1996).

Fondo Monetario Internacional, **Manual de Estadísticas de las Finanzas Públicas**, Washington, DC, 2001.

Molina, R. Pinto, M.., et al, **Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias**, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.8, Nos. ½, Julio-agosto 2000.

Muñoz, F., López Acuña, D. et al, **Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud**, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.8, Nos. ½, Julio-agosto 2000.

Musgrove, Philip, **Protecting Health in Latin America: What should the state do?** (Revised version, 19 October 2001 – document prepared for CIPPEC).

Musgrove, Philip, **What is the minimum a doctor should know about health economics?** (Brazilian Journal of a Mother and Child Health), May-August 2001

Oficina Nacional de Presupuesto, **Informe de Ejecución Presupuestaria, año 2000**, Santo Domingo, República Dominicana, (2001).

Oficina Nacional de Presupuesto, **Manual de Clasificaciones Presupuestarias**, Santo Domingo, República Dominicana, (1990).

Organización para la Cooperación y Desarrollo (OECD) – Banco Interamericano de Desarrollo (BID), **Sistema de Cuentas de Salud**, Washington, DC, (2002).

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), **La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial**, Washington, DC, Septiembre 1997.

Pan-American Health Organization (PAHO), **Pan American Journal of Public Health,** Washington, DC, July-August 2000.

Pan-American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), **Essential Public Health Functions,** Washington, DC, September 2000.

Pan-American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), Center for the Disease Control and Prevention (CDC), Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAIS), **Public Health in the Americas: Instrument for Performance Measurement of Essential Public Functions**, Washington, DC, November 2001.

Rathe, Magdalena, **La reforma de salud y la seguridad social**, Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santo Domingo, RD, (2002).
Rathe, **Magdalena, Salud y Equidad: Una mirada al financiamiento a la salud en la República Dominicana**, Macro Internacional, Santo Domingo, RD, (2000).

United Nations, Comisión of the European Communities, Internacional Monetary Fund, Organisation for Economic Co-operation and Development, World Bank, **System of National Accounts, 1993**, Brussels, New York, Paris, Washington, DC, (1993).

World Health Organization (WHO), **The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance**, Geneva, Switzerland, 2000.

ANEXO II

ACTIVIDADES PROGRAMÁTICAS PARA CADA UNA DE LAS FESP DEFINIDAS POR LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

GUÍA PARA ESTIMAR LOS GASTOS EN LAS FESP POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS

Servicios Esenciales	Incluye pero no está limitada a:	No incluye:
1. Monitoreo del estado de salud para identificar y resolver problemas de salud a nivel comunitario.	♦ Registros de enfermedades y lesiones. ♦ Epidemiología (incluye epidemiología de lesiones, epidemiología de salud mental, y epidemiología de abusos) ♦ Estadísticas ♦ Epidemiología ambiental ♦ Rastreo de las condiciones de inmunización ♦ Sistema de Laboratorios de Información de Salud Pública. ♦ Entrevistas y encuestas basadas en la salud de la población.	♦ Manejo de información concerniente a un paciente o persona en particular.
2. Diagnósticos e investigaciones sobre problemas y amenazas hacia la salud, en una comunidad.	♦ Detección de enfermedades. ♦ Detección de enfermedades crónicas. ♦ Detección de lesiones. ♦ Prevención de SIDA - Consejería y pruebas - Notificación de compañero ♦ Investigaciones y control ♦ Campañas de vacunación. ♦ Servicios focalizados basados en una población meta, incluyendo seguimiento y consejería. ♦ Muestras ambientales ♦ Servicios de diagnósticos en los laboratorios (bacteriología, parasitología, virología, química	♦ Servicios dentales (incluyendo servicios a colegios y liceos) ♦ Tratamientos de diabetes, lupus, hemofilia, anemia, epilepsia, mal de Alzheimer y otras enfermedades crónicas. ♦ Servicios relacionados con enfermedades genéticas. ♦ Servicios de salud en hogares ♦ Hospitales

	clínica) con el fin de apoyar actividades en favor de la salud de la comunidad. ♦ Servicios laboratorios ambientales (muestras microbiológicas ambientales, muestras química ambiental, y muestras de seguridad y salud).	♦ Compra y provisión de AZT/ otras drogas. ♦ Servicios prenatales ♦ Servicios hacia bebes prematuros y recién nacidos. ♦ Vacunas e inmunizaciones, al menos que forme parte de una campaña
3. Leyes y regulaciones que protejan y aseguren la salud	♦ Calidad del aire (tanto dentro como fuera de recintos) ♦ Control de asbestos ♦ Protección del consumidor e higienización: - Higiene de alimentos - Higiene general - Higiene en los lugares de recreación - Control de calidad de los productos. - Control de sustancias y seguridad de los productos ♦ Manejo de materiales peligrosos ♦ Salud y seguridad ocupacional ♦ Control de radiación ♦ Manejo de desperdicios y vertederos ♦ Control de la calidad del agua (agua potable, protección de aguas subterráneas, etc.) ♦ Staff de respuestas hacia emergencias debido a intoxicaciones por pastillas, y por desastres naturales. Mantenimiento y desarrollo de sistemas de emergencia. ♦ Exámenes médicos, y medicina forense.	♦ Construcción de facilidades y plantas físicas.

Servicios Esenciales	Incluye pero no esta limitada a:	No incluye:
4. Informar, educar y preparar a las personas en el campo de la salud.	♦ Educación en las escuelas. ♦ Programas de promoción de la salud y reducción del riesgo: - Promoción y educación hacia la prevención de lesiones. - Educación familiar - Programas de reducción de riesgo a nivel poblacional - Cinturones de seguridad - Educación sexual - Prevención hacia el consumo de tabaco - Educación nutricional ♦ Campañas escolares tales como: "Dile NO a las DROGAS! ♦ Prevención de abusos ♦ Campañas educativas ♦ Promoción de la salud a través del Internet. ♦ Educación e información acerca del SIDA	♦ Desarrollo de legislaciones
5. Participación comunitaria para identificar y resolver problemas de salud.	♦ Colaborar con las diferentes instituciones de salud ♦ Formar grupos y alanzas entre las comunidades con el fin de resolver problemas de salud (grupos de consejería). ♦ Soporte técnico con el fin de facilitar la movilización y e incrementar el alcance de las instituciones de salud. ♦ Planificación comunitaria en contra del SIDA	♦ Desarrollo de legislaciones

6a. Servir de nexo entre las personas y los servicios de salud	♦ Manejo y coordinación de servicios de salud. ♦ Líneas abiertas de información y referencia. ♦ Servicios de alcances comunitarios (campañas de salud) ♦ Alcances a escuelas y liceos ♦ Servicios de transporte ♦ Desarrollo de servicios primarios de salud en comunidades no alcanzadas.	♦ Servicios directos de salud ♦ Servicios de salud escolar (enfermería)
6b. Asegurar la provisión de salud y cuidado	♦ Servicios personales de salud ♦ Enfermería escolar ♦ Manejo de base de datos de los pacientes, que sirva de soporte para aquellos servicios mencionados anteriormente.	
7. Evaluar la efectividad, el acceso y la calidad de los servicios de salud	♦ Licencias ♦ Sistema de monitoreo de cuidado de salud ♦ Información sobre resultados de los hospitales ♦ Monitoreo de servicios de salud personal ♦ Programas de evaluación ♦ Sistema de data relacionado con la disponibilidad de servicios, utilización, costos y resultados. ♦ Regulaciones y controles de calidad hacia los laboratorios y servicios médicos. ♦ Regulaciones hacia el personal	♦ Manejo de la base de datos de los pacientes.

Servicios Esenciales	Incluye pero no esta limitada a:	No incluye:
8. Asegurar un sistema de salud pública competente y un personal calificado	♦ Requiere de educación continua ♦ Reclutamiento y retención de profesionales de salud. ♦ Educación profesional y entrenamiento ♦ Licencia profesional de salud y medio ambiente	
9. Desarrollo de políticas y planes de apoyo para la salud tanto de individuos como de las comunidades.	♦ Desarrollo de políticas y parámetros ♦ Actividades legislativas ♦ Planificación ♦ Planificación de comunidades con SIDA	♦ Formar alianzas para resolver problemas de salud.
10. Búsqueda de soluciones nuevas e innovadoras hacia problemas de salud	♦ Investigaciones clínicas ♦ Investigación sobre servicios de salud	♦ Investigación con el fin de apoyar otros servicios esenciales de salud.
Administración General	♦ Actividades administrativas (contabilidad, manejo de personal, departamento legal) ♦ Oficina del Secretario de Salud. ♦ Soporte Computarizado ♦ Mantenimiento planta física (edificios y sus alrededores) ♦ Reportes	

ANEXO III

CLASIFICACION CRUZADA PARA FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA DEFINIDAS POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

FESP	DESCRIPCION	CICS-AS	CFG
1	***Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles***		
	Inmunizaciones	6.3	07.4
	Control de brotes de enfermedades	6.3	0.74
	Vigilancia de enfermedades	FnX (6 y 7)	FnX (07.4 y 07.6)
	Prevención de lesiones	5.4 (FnX)	0.74 (y FnX)
2	***Monitoreo de la situación de salud***		
	Monitoreo de morbilidad y mortalidad	FnX (6 y 7)	FnX (07.4 y 07.6)
	Evaluación de efectividad de promoción, prevención y programas de servicios	FnX (6 y 7)	FnX (07.4 y 07.6)
	Evaluación de la efectividad de las FESP	6 y 7	07.4 y 07.6
	Evaluación de necesidades y riesgos de la población para determinar los subgrupos que requieren servicios	FnX (6 y 7)	FnX (07.4 y 07.6)
3	***Promoción de la salud***		
	Promoción de la salud de la comunidad	6.9 y 7	07.4 y 07.6
	Provisión de información y educación para la salud y la vida, mejoría de habilidades en la escuela, trabajo y comunidad	FnX (6 y 7)	FnX (07.4 y 07.6)
	Mantenimiento de vínculos con políticos, otros sectores y la comunidad, en apoyo a la promoción de la salud y abogacía por la salud pública	Aspecto estratégico	Aspecto Estratégico
4	***Salud ocupacional***		
	Aspectos de salud ocupacional y estándares de seguridad	7	07.6
5	***Protección del ambiente***		
	Producción, protección y acceso al agua potable	R.4	06.3
	Control de calidad y seguridad de alimentos	R.4	FnX (04 y 07.4)
	Provisión de drenaje, alcantarillado y disposición de desechos sólidos	R.4	05.1 y 05.2
	Control de sustancias y desechos peligrosos		05.1 y 05.2
	Provisión de medidas de control adecuado de vectores	5.3.1	07 y 04
	Protección de recursos de agua y suelo	R.5	05.3, 05.4 y 05.6
	Aspectos de salud ambiental en el desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos	Aspecto estratégico	Aspecto Estratégico
	Prevención y control de la polución atmosférica	R.5	05.3
	Prevención adecuada y promoción de servicios ambientales	Aspecto estratégico	Aspecto Estratégico
	Inspección, monitoreo y control adecuado de daños ambientales	Aspecto estratégico	Aspecto Estratégico
	Control de la radiación	R.5	05.3
6	***Legislación y regulación de la salud pública***		
	Revisión, formulación y promulgación de la legislación en salud, regulaciones y procedimientos administrativos	6	07.6
	Legislación adecuada para protección de la salud ambiental	FnX	FnX
	Inspección y licencias sanitarias	6	07.6

	Cumplimiento de legislación, reglamentos y procedimientos administrativos de salud	Cruce sectorial	Cruce sectorial
7	***Gerencia de salud pública***		
	Aseguramiento de la política, planificación y gerencia de salud	6.1 (cruce sect.)	07.6 (cruce sect.)
	Uso de la evidencia científica para la formulación e implementación de las políticas de salud	Aspecto estratégico	Aspecto estratégico
	Investigación en salud pública y sistemas de salud	R.3	07.4
	Colaboración y cooperación internacional en salud	6.1 (cruce sect.)	01.2 (cruce sect.)
8	***Servicios específicos de salud pública***		
	Servicios de salud escolar	6.2	04
	Servicios de emergencia – desastres		03.2 y 03.6
	Servicios de laboratorio de salud pública	6.3.1	07.4
9	***Atenciones a la salud individual para poblaciones vulnerables y de alto riesgo***		
	Atención materna y planificación familiar	6.1	07.4 y 10.4
	Atención del recién nacido y ni;os	6.1.1	07.4

FUENTE: OECD, Un sistema de cuentas de salud, 2000 (adaptado de Bettcher, 1998 y Naciones Unidas, 1998b).

ANEXO IV

TABLAS FINALES DEL ESTUDIO DE GASTO Y FINANCIAMIENTO EN LAS FESP

Tabla 1
GASTO CORRIENTE EN FESP POR FUENTES DE FINANCIAMIENTO

CÓDIGO ICHA	AGENTES FINANCIEROS	Fuentes fiscales			TOTAL FONDOS PÚBLICOS	Sector privado		TOTAL FONDOS PRIVADOS	RESTO DEL MUNDO	TOTAL
		Gobierno Central	Gobierno regional / provincial	Gobierno local / muni-cipal		Empresas	Hogares			
HF.1	**ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**									
HF.1.1	Gobierno General:									
HF.1.1.1	Gobierno Central *Ministerio de Salud* *Otros ministerios*									
HF.1.1.2	Gobiernos regionales / provinciales									
HF.1.1.3	Gobiernos locales / municipales									
HF.1.1.4	Instituciones Descentralizadas									
HF.1.1.9	Otras instituciones públicas									
HF.1.2	Instituciones de seguridad social									
HF.1.3	Empresas públicas									
	TOTAL									

Tabla 1-A
ORIGEN DE LOS FONDOS PÚBLICOS

CODIGO ICHA	AGENTES FINANCIEROS	Fondo General	Impuestos especiales			Cuotas de recuperación	Otros fondos	TOTAL
			T1	T2	T3			
HF.1	**ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**							
HF.1.1	Gobierno General:							
HF.1.1.1	Gobierno Central *Ministerio de Salud* *Otros ministerios*							
HF.1.1.2	Gobiernos regionales / provinciales							
HF.1.1.3	Gobiernos locales / municipales							
HF.1.1.4	Instituciones Descentralizadas							
HF.1.1.9	Otras instituciones públicas							
HF.1.2	Instituciones de seguridad social							
HF.1.3	Empresas públicas							
	TOTAL							

TABLA 2

GASTO EN SALUD PÚBLICA: AGENTES FINANCIEROS POR FUNCIÓN

CÓDIGO ICHA	FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA	HF.1 SECTOR PÚBLICO							HF.2 SECTOR PRIVADO	HF.3 RESTO DEL MUNDO	TOTAL
		HF.1.1 Gobierno Central					HF.1.2 Seguridad Social	HF.1.3 Empre-sas públicas			
		Ministerio de Salud			Otros Ministerios	Instituciones Descentraliz.					
	FESP 1: Monitoreo y análisis de la situación de salud										
	FESP 2: Vigilancia de la salud pública										
	FESP 3: Promoción de la salud										
	FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud										
	FESP 5: Desarrollo de políticas										
	FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional										
	FESP 7: Evaluación y promoción de acceso equitativo										
	FESP 8: Desarrollo de recursos humanos										
	FESP 9: Garantía de calidad										
	FESP 10: Investigación en salud pública										
	FESP 11: Reducción del impacto de emergencias										
	TOTAL										

ANEXO V

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS EN EL ESTUDIO DE GASTO Y FINANCIAMIENTO DE LAS FESP

Instrumento 1: Información General de FESP

Función Esencial 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud

Definición:

- La evaluación actualizada de la situación y tendencias de salud del país y de sus determinantes, con especial énfasis en la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluyendo la evaluación de los riesgos de salud y la demanda por servicios de salud.
- El manejo de las estadísticas vitales y la situación específica de grupos de especial interés o mayor riesgo.
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- La identificación de recursos extrasectoriales que aportan en promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.
- El desarrollo de tecnología, experiencia y métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública (incluyendo actores extrasectoriales, proveedores y ciudadanos).
- La definición y el desarrollo de instancias de evaluación de la calidad de los datos recolectados y de su correcto análisis.

Indicadores:

1.1 Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
1.2 Evaluación de la calidad de la información
1.3 Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
1.4 Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
1.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

Función Esencial 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública

Definición:

Esta función incluye:

- La capacidad para hacer investigación y vigilancia de brotes epidémicos y patrones de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores conductuales, accidentes y exposición a sustancias tóxicas, condiciones de vida y ambientales dañinas para la salud.
- La infraestructura de salud pública diseñada para conducir la realización de tamizajes poblacionales, pesquisa de casos e investigación epidemiológica en general.

- Laboratorios de salud pública capaces de conducir tamizajes rápidos y de procesar un alto volumen de exámenes necesarios para la identificación y el control de amenazas emergentes para la salud
- El desarrollo de activos programas de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades infecciosas
- La capacidad de conectarse con redes internacionales que permitan un mejor enfrentamiento de los problemas de salud de interés
- El fortalecimiento de la capacidad de vigilancia en el nivel local para activar respuestas rápidas, dirigidas al control de problemas de salud o riesgos específicos

Indicadores:

2.1 Sistema de vigilancia para identificar amenazas y daños a la salud pública.
2.2 Capacidades y experticia en vigilancia de salud pública
2.3 Capacidad de los laboratorios de salud pública
2.4 Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública
2.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública

Función Esencial N° 3: Promoción de Salud

Definición:

Esta función incluye:

- El fomento de los cambios en los estilos de vida y en las condiciones del entorno para facilitar el desarrollo de una "cultura de la salud".
- El fortalecimiento de alianzas intersectoriales con el fin de hacer más efectivas las acciones promocionales.
- La evaluación del impacto en salud de las políticas públicas.
- El desarrollo de acciones de educación y comunicación social dirigidas a promover condiciones, estilos de vida, conductas y ambientes saludables.
- La reorientación de los servicios de salud para el desarrollo de modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud.

Indicadores:

3.1 Apoyo a actividades de promoción de la salud, elaboración de normas e intervenciones dirigidas a favorecer conductas y ambientes saludables
3.2 Construcción de alianzas sectoriales y extrasectoriales para la promoción de la salud
3.3 Planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y comunicación social para la promoción de la salud

3.4 Reorientación de los servicios de salud hacia la promoción
3.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer las acciones de promoción de salud.

Función Esencial N° 4: Participación de los ciudadanos en salud

Definición:

Esta función incluye:

- El refuerzo del poder de los ciudadanos para cambiar sus propios estilos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera de influir en las decisiones que afecten su salud y su acceso a adecuados servicios de salud pública.
- La facilitación de la participación de la comunidad organizada en las decisiones y acciones relativas a los programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, para el mejoramiento del estado de salud de la población y la promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable.

Indicadores:

4.1 Fortalecimiento del poder de los ciudadanos en la toma de decisiones en salud pública
4.2 Fortalecimiento de la participación social en salud
4.3 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para fortalecer la participación social en salud

Función Esencial N° 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública

Definición:

Esta función requiere de:

- La definición de objetivos de salud pública en todos los niveles, que sean mensurables y consistentes con un marco valórico que favorezca la equidad.
- El desarrollo, monitoreo y evaluación de las decisiones políticas en salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el cual esta se desarrollan.
- La capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluyendo planificación estratégica, con énfasis en los procesos de construcción, implementación y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- El desarrollo de competencias para la toma de decisiones basada en evidencia incorporando su planificación y evaluación, la capacidad de liderazgo y comunicación efectiva, el desarrollo organizacional y la gestión de recursos.

- El desarrollo de la capacidad de gestión de la cooperación internacional en salud pública.

Indicadores:

5.1 La definición nacional y subnacional de objetivos en salud pública
5.2 Desarrollo, monitoreo y evaluación de las políticas de salud pública
5.3 Desarrollo de la capacidad institucional de gestión de la salud pública
5.4 Gestión de la cooperación internacional en salud pública
5.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la salud pública

Función Esencial N° 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública

Definición:

Esta función incluye:

- La capacidad institucional para desarrollar el marco regulador para proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento.
- La capacidad de generar nuevas leyes y regulaciones dirigidas a mejorar la salud de la población, así como a promover ambientes saludables.
- La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud.
- La ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación en forma oportuna, correcta, consistente y completa.

Indicadores:

6.1 Revisión periódica, evaluación y modificación del marco regulatorio
6.2 Hacer cumplir la normativa en salud
6.3 Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisar, perfeccionar y hacer cumplir el marco regulatorio.
6.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos

Función Esencial Nº 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios

Definición:

Esta función incluye:

- La promoción de la equidad en el acceso efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios.
- El desarrollo de acciones dirigidas a superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud (sin incluir el financiamiento de esta atención)
- El monitoreo y la evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios por medio de proveedores públicos y/o privados, adoptando un enfoque multisectorial, multiétnico y pluricultural que permita trabajar con diversos organismos e instituciones para resolver las inequidades en la utilización de los servicios.
- La estrecha colaboración con agencias gubernamentales y no gubernamentales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.

Indicadores:

7.1 Monitoreo y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios
7.2 Conocimientos, habilidades y mecanismos para acercar los programas y servicios a la población
7.3 Abogacía y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios
7.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud pública en materia de promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud

Función Esencial N° 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública

Definición:

Esta función incluye:

- La identificación de un perfil de los recursos humanos en salud pública adecuado para la entrega de servicios de salud pública.
- La educación, capacitación y evaluación del personal de salud pública para identificar las necesidades de servicios de salud pública y atención de salud, enfrentar con eficiencia los problemas de salud pública prioritarios y evaluar adecuadamente las acciones de salud pública.
- La definición de requerimientos para la acreditación de profesionales de salud en general y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud pública.

- La formación de activas alianzas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en salud pública relevantes para todos los estudiantes, así como educación continua en gestión del recurso humano y desarrollo de liderazgo en el ámbito de la salud pública.
- El desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y pluricultural en salud pública.
- La formación ética del personal de salud pública, con énfasis en principios y valores tales como solidaridad, equidad, respeto a la dignidad de las personas.

Indicadores:

8.1 Caracterización de la fuerza de trabajo en salud pública
8.2 Mejoramiento de la calidad de la fuerza de trabajo
8.3 Educación continua, permanente y de postgrado en salud pública
8.4 Perfeccionamiento de los RRHH para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios
8.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales en el desarrollo de recursos humanos

Función Esencial N° 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individuales y colectivos

Definición:

Esta función incluye:

- La promoción de la existencia de sistemas de evaluación y mejoramiento de calidad
- La facilitación de la producción de normas respecto a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de calidad y supervisa el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación.
- La definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios.
- La existencia de un sistema de evaluación de tecnologías de salud que colabora en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud y contribuye a mejorar su calidad.
- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
- La existencia de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de esta evaluación para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Indicadores:

9.1 Definición de estándares y evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
9.2 Mejoría de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud

9.3 Sistema de gestión tecnológica y de evaluación de tecnologías en salud para apoyar la toma de decisiones en salud pública
9.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales de salud y para asegurar la calidad de los servicios

Función Esencial N° 10: Investigación en salud pública

Definición:

Esta función incluye:

- La investigación rigurosa dirigida a incrementar el conocimiento que apoye la toma de decisiones en sus diferentes niveles.
- La implementación y el desarrollo de soluciones innovadoras en salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, intra y extrasectorial, para realizar oportunamente estudios que apoyen la toma de decisiones de la ASN en todos sus niveles y en lo más amplio de su campo de acción.

Indicadores:

10.1 Desarrollo de una agenda de investigación en salud pública.
10.2 Desarrollo de la capacidad institucional de investigación
10.3 Asesoría y apoyo técnico para la investigación en los niveles subnacionales de salud pública.

Función Esencial N° 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Definición:

Esta función incluye:

- El desarrollo de políticas, la planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública.
- Un enfoque integral respecto de los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.
- La participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres.
- La gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de problemas de salud generados por emergencias y desastres.

Indicadores:

11.1 Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres
11.2 Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.
11.3 Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones.
11.4 Asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Instrumento 2: Cuestionario

Cuestionario para estimar gastos y financiamiento de FESP:

1. ¿Qué actividades realiza la institución? Según la información suministrada, clasificar cada función en la FESP correspondiente y especificar a cuales de los indicadores pertenece:

Ejemplo: - Investigación de brotes: equipo que se encarga de brindar apoyo técnico a los niveles subnacionales. **FESP 2 / Indicador 2.5**

Actividades que Realiza la Institución:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

2. Especifique sus fuentes de financiamiento durante el año 2001 y monto financiado.
   a. Subvención SESPAS _____
   b. En especie SESPAS _____
   c. Otras Fuentes Públicas _____
   d. Ventas Servicios Gobierno _____
   e. Ventas servicios Empresas Públicas _____
   f. Ventas servicios Empresas Privadas _____
   g. Personas _____
   h. Donaciones nacionales _____
   i. Donaciones extranjeras _____
   j. Otros _____

TOTAL: _____

3. Llenar tabla con lista de personal según cargo que posee, especificar el salario total que devenga anual (incluyendo bonificación y regalía), clasificar en la FESP correspondiente, y detallar el porcentaje (%) de tiempo que le dedica a cada FESP. En la hoja electrónica 1 del archivo Instrumentos Exc. encontrará la tabla a llenar y un ejemplo.

4. Otros gastos realizados durante el 2001. Atribuirlos a cada FESP:

Descripción	**Total Gastado 2001**	**Corresponde a la FESP**
Ejemplo:		
Materiales gastables	RD$ 8,000.00	2

Instrumento 3

Institución o Departamento: _____

Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y Porcentaje de tiempo dedicada a cada una

Cargo	Salario (RD$) Anual	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)	8 (%)	9 (%)	10 (%)	11 (%)	Tareas Adm. (%)	Otras Act. (%)	Total
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0
															0

Instrumento 4

INSTITUCIÓN O DEPARTAMENTO: _____

PRESUPUESTO EJECUTADO POR PROGRAMAS, SEGÚN FUENTES DE FINANCIAMIENTO, 2001

PROGRAMAS / ACTIVIDADES	FESP	SESPAS		Otras fuentes públicas				Venta de servicios				Donaciones		Otros
		En especie	Subvención					Gobierno	Empresas Públicas	Empresas Privadas	Personas	Nacionales	Internacion.	

Instrumento 5
INSTITUCIÓN O DEPARTAMENTO: _____
PRESUPUESTO EJECUTADO POR PROGRAMA Y OBJETO DEL GASTO, 2001

PROGRAMAS	Servicios Personales	Servicios no personales	Productos medicinales y farmacéuticos	Materiales y suministros	Equipos médi-cos y sani-tarios	Aportes Corrientes	Construcción de obras	TOTAL
O1 Administración superior								
02 Coordinación normas y control programas de salud								
03 Servicios operativos								
04 Servicios sociales								
05 Financiamiento a instituciones								
TOTAL								