



15 Versión Preliminar

Cuentas Nacionales de Salud:
Peru

Cuentas Nacionales de Salud: Peru

December de 1998

La Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LAC RSS) brinda apoyo a los procesos de reforma nacional con el fin de promover servicios básicos de salud más eficaces. Utiliza un método participativo, ya que trabaja en colaboración con autoridades claves de la región para crear capacidad que permita evaluar los problemas del sector de la salud y diseñar, ejecutar y seguir la marcha de las reformas.

La Iniciativa cuenta con el respaldo de recursos sustanciales provenientes de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Iniciativa ejecuta la Organización Panamericana de la Salud y los siguientes proyectos financiados por la USAID: Partnerships for Health Reform (PHR), Family Planning Management Development (FPMD) y Data for Decision Making (DDM). Para obtener más información sobre la Iniciativa, por favor refiérase a la página electrónica de la Iniciativa LAC RSS: <http://www.americas.health-sector-reform.org>.

Partnerships for Health Reform es una iniciativa quinquenal financiada por la USAID que crea capacidad en la formulación y puesta en práctica de políticas, economía y finanzas de la salud, y organización y gestión de los sistemas de salud. Opera desde Abt Associates Inc. en Bethesda, Maryland, e incluye a University Research Corporation, la Facultad de Salud Pública de Harvard, Development Associates, Inc. y el Centro de Asuntos Internacionales de la Universidad de Howard.

Le agradece a PHR apoyar la Iniciativa LAC RSS en ofrecer distribuir productos técnicos desarrollados por PHR y hacerlos disponibles a equipos de reforma del sector salud en la región de Latinoamérica y el Caribe.

Nancy Pielemeier
Directora del Proyecto

INDICE

INTRODUCCION

I MARCO TEORICO

- 1.1 El Sistema de Cuentas Nacionales
 - 1.1.1 SCN 1968
 - 1.1.2 SCN 1993
 - 1.1.3 Unidades y sectores institucionales
 - 1.1.4 Establecimientos e industrias
 - 1.1.5 La secuencia de cuentas
- 1.2 Otros estudios sobre el sector
 - 1.2.1 Gastos y Costos en Salud
 - 1.2.2 Análisis del Financiamiento del Sector Salud y las Cuentas Satélites

II CUENTAS SATELITES DE SALUD

- 2.1 Cuentas Satélites de Salud 1995
 - 2.1.1 Características
 - 2.1.2 Delimitación del sector
 - 2.1.3 Selección y clasificación de las actividades económicas
 - 2.1.4 Selección y clasificación de productores
 - 2.1.5 Selección y clasificación de productos
 - 2.1.6 Cuentas Propuestas
- 2.2 Análisis de Resultados
 - 2.2.1 Gasto en Salud, comparación con el estudio del Financiamiento
 - 2.2.2 Estructura de costos de la producción de servicios de salud
 - 2.2.3 Equilibrios de Oferta y Utilización de Servicios de Salud
 - 2.2.4 Equilibrios de Oferta y Utilización de Productos Farmacéutico y Medicamentos
 - 2.2.5 Producción en unidades físicas
 - 2.2.6 Ingresos Propios del subsector público
 - 2.2.7 Análisis de Resultados de los Hogares

III FUENTES DE INFORMACIÓN

- 3.1 Estado de ejecución mensual del gasto e Ingreso
- 3.2 Estados presupuestarios y financieros del IPSS
- 3.3 Cooperación Técnica Internacional en el Perú, Evaluación 1994-1995
- 3.4 Cuenta General de la República
- 3.5 II Censo de Infraestructura Sanitaria y de Recursos de Salud 1996
- 3.6 Encuesta Económica Anual 1995
- 3.7 III Censo Económico (III CENEC) y Actualización de Negocios 1996
- 3.8 Encuesta Nacional de Hogares 1995 (ENAHO)
- 3.9 Otras fuentes de información

IV PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

- 4.1 Subsector Público
 - 4.1.1 Cobertura
 - 4.1.2 Definición y estimación de variables
 - 4.1.3 Otros productores públicos
- 4.2 Subsector Privado
 - 4.2.1 Cobertura
 - 4.2.2 Procesamiento de la Encuesta Económica
 - 4.2.3 Producción de otros productores privados
 - 4.2.4 Determinación de la producción por servicios característicos
- 4.3 Cuenta de Hogares

V LIMITACIONES

VI CONCLUSIONES

VII RECOMENDACIONES

- ANEXO 01: Hojas de Trabajo
- ANEXO 02: Cuadros y Cuenta de Hogares
- ANEXO 03: Cuadros de Trabajo de Equilibrios
- ANEXO 04: Cuadros de Trabajo de Cuentas Institucionales
- ANEXO 05: Cuadros Intermedios
- ANEXO 06: Detalle de archivos organizados de “Las Cuentas Satélite de Salud”

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud (MINSA) en los últimos años ha realizado esfuerzos significativos para contar con información respecto a la estructura, distribución y evolución del gasto de salud en el país. Como resultado se han realizado los estudios “Análisis de Costos de los Servicios de Salud 1994” y “Análisis de la Demanda de los Servicios de Salud 1995”, desarrollados por el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, “Análisis del Gasto Público en Salud 1994” (efectuado por MACROCONSULT S.A.), “Análisis del Financiamiento del Sector Salud 1992-1995” (realizado por el Consorcio ESAN/AUPHA/SERVERS/FUNSAUD) y la “Revisión y actualización del financiamiento del sector salud 1995-1996”, realizada en 1997 auspiciada por el Proyecto “Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud-Perú” y financiada por Overseas Development Administration (ODA).

En 1998, la propuesta del MINSA fue proceder al diseño y estimación de una Cuenta Satélite de Salud que permita reagrupar un conjunto de transacciones actualmente dispersas en varios sectores productivos y sociales, en un sistema integrador como es el Sistema de Cuentas Nacionales, para lograr dar consistencia y continuidad a las estadísticas económico-financieras integrándolas a las estadísticas de producción del sector.

En ese sentido, el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, consideró en el Plan Operativo de Reestructuración Sectorial para este año, el diseño del Sistema de Cuentas Nacionales en Salud.

Este instrumento servirá como insumo para la definición de políticas de salud y para evaluar el impacto de la política económica en este sector. La implementación de las Cuentas Satélites de Salud, permite identificar las necesidades de información para mejorar y ampliar progresivamente el sistema

El sistema satélite inicial se basa en las características de la situación actual y en la disponibilidad de información existente, además, trata de responder a las necesidades analíticas del sector. Sin embargo, es suficientemente flexible para adecuarse a los cambios en la organización de los servicios de salud producto del proceso de reforma.

Durante el periodo de implementación de las cuentas satélites se programaron reuniones semanales con funcionarios de la Oficina de Planeamiento y la Oficina de Estadística del MINSA, con la finalidad de que participen en la conceptualización, desarrollo metodológico y estimación de las Cuentas Satélites de la Salud, para que una vez finalizada la consultoría y obtenidos los productos, la estimación de las Cuentas sean un trabajo corriente del MINSA. Sin embargo la participación ha sido limitada a reuniones informativas.

Las cuentas satélites tienen como año base 1995, debido a que este año es representativo de las condiciones “normales” de la economía del país así como del sector salud, además se ha contado con mayor cantidad y calidad de información como se detalla en el capítulo de fuentes de información, implicando una estimación exhaustiva y muy detallada.

Este documento constituye el producto final de la consultoría “Cuentas Nacionales de Salud”, elaborado por el grupo de trabajo de las “Cuentas Satélites de salud” en el marco de las actividades del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS), que ejecuta el Ministerio de Salud con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El grupo de trabajo estuvo integrado por la Consultoras Ana Vicente, responsable del subsector público, Delia Perfecto responsable del subsector privado, Verónica Benites responsable de la programación, bajo la supervisión técnica de la consultora Carmen Reyes experta internacional en Cuentas Nacionales y extensiones satélites en áreas sociales y del Sr. Raúl Torres coordinador del Grupo de Trabajo.

I. MARCO TEORICO

1.1 El Sistema de Cuentas Nacionales

El Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) es un conjunto coherente y detallado de cuentas, balances y cuadros basados en conceptos, definiciones, clasificaciones y reglas de contabilidad. Proporciona una visión sistemática comparable y completa de la actividad económica de un país, así como la interrelación entre los diferentes agentes económicos con el fin de satisfacer las necesidades de los analistas del sector público, privado, y de los responsables de la política económica y la toma de decisiones.

El Sistema ha sido objeto de sucesivas revisiones tales como SCN 1953, el SCN 1968 y el SCN 1993, que sintetizan la experiencia y el consenso de países en diferentes etapas de desarrollo económico y social.

1.1.1 SCN 1968

El SCN 1968 tenía un doble objetivo; servir de ayuda a los países en la elaboración de cuentas nacionales y de orientarlos en el desarrollo de sus sistemas de estadísticas básicas. Las ampliaciones que incorporó son:

- Desagregar la cuenta de producción en cuentas de insumo-producto
- Desagregar el préstamo o endeudamiento neto en flujos financieros de los sectores;
- Dividir las cuentas de ingresos y gastos y las cuentas de capital de la nación para mostrar las cuentas de los sectores, y
- Añadir los balances para los sectores y para la nación.

Para incorporar estas ampliaciones, el SCN 1968 presentaba un conjunto de 20 cuentas, desglosadas en tres clases:

Las cuentas de Clase I son las cuentas consolidadas de la nación. Constituyen un conjunto articulado que resume las cuentas de producción, gastos de consumo, ingresos y gastos, formación de capital y financiación del capital, y se cierran con una cuenta de transacciones exteriores de la nación.

Las cuentas de Clase II se refieren a las cuentas de producción, gasto de consumo y formación de capital. Muestran la oferta y la utilización de los bienes y servicios, distinguiendo entre las mercancías y los otros bienes y servicios, y la producción de bienes y servicios, distinguiendo entre cuatro clases de productores: Industrias, productores de servicios gubernamentales, productores de servicios privados no lucrativos y servicios domésticos.

Las cuentas de Clase III se refieren a las cuentas de ingresos y gastos y de financiación del capital, las cuales se presentan para los sectores institucionales en que se dividen los agentes residentes; empresas no financieras (sociedades y cuasisociedades), instituciones financieras, administraciones públicas (gobierno general), instituciones privadas sin fines de lucro que sirven a los hogares y hogares.

1.1.2 SCN 1993

El nuevo Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN93), ha sido elaborado por el Departamento de Estadística de las Naciones Unidas con la participación de cinco organismos internacionales como son: el Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas (Eurostat) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD).

El SCN93 actualiza, clarifica, simplifica y armoniza los principales aspectos de un Sistema de Cuentas Nacionales. Entre las principales características del SCN93 se mencionan las siguientes:

- Permite tener una visión comprensiva de la economía, muestra la participación y comportamiento de los agentes económicos, sus relaciones y resultados de sus actividades económicas y financieras. Para ello cada sector institucional presenta un conjunto de cuentas integradas que se resumen en un cuadro central.
- Constituye el marco de referencia para la implementación de las cuentas nacionales de los países.
- Reconoce la necesidad de flexibilidad, tanto para facilitar la comparación internacional, como para extender el Sistema a áreas específicas como la salud, con fines analíticos.
- Recomienda clasificaciones alternativas para la elaboración de matrices de contabilidad social, importante herramienta para el análisis de la pobreza y otras áreas sociales, así como para el uso de modelos de previsión.
- El SCN93 refuerza el papel central de las cuentas nacionales en el desarrollo de las estadísticas. Establece conceptos, definiciones y clasificaciones armonizadas con otros sistemas especializados tales como: la balanza de pagos, las cuentas monetarias y financieras y, las finanzas públicas.
- Sirve para la coordinación de las estadísticas económicas de un país tanto para asegurar la consistencia de las definiciones y clasificaciones usadas en las diferentes encuestas sectoriales como para asegurar la consistencia global y económica de las diferentes fuentes de información (encuestas industriales, encuestas de hogares, comercio exterior, etc.)

El manual del SCN93 incorpora y muestra en los últimos capítulos su flexibilidad para ampliar la capacidad analítica de las cuentas nacionales en diferentes aspectos de la economía. El capítulo XIX presenta extensiones y particularidades del SCN tales como: análisis detallado del sector hogares, análisis del sector público, inflación, cuentas regionales, cuentas trimestrales, etc. En el capítulo XX las matrices de contabilidad social y en el XXI las cuentas satélites.

Estos tres últimos capítulos del SCN 93 responden a las necesidades analíticas sobre múltiples aspectos del sistema, así el análisis de un aspecto en particular se fortalece y enriquece al estar ligado a las variables macroeconómicas que proporcionan las cuentas nacionales.

Las Cuentas de Recursos Humanos (CRH), toma en cuenta la flexibilidad del SCN y propone la subclasificación de los hogares integrando en ellos un conjunto de datos e indicadores socioeconómicos.

1.1.3 Unidades y sectores institucionales

Las cuentas del SCN93 han sido diseñadas para proporcionar información analítica y útil sobre el comportamiento de las unidades institucionales, que se agrupan en sectores institucionales, y de las actividades económicas a que se dedican, clasificadas por clase de actividad económica.

Una unidad institucional puede ser definida como una “entidad económica capaz de adquirir activos y emitir pasivos, dedicarse a actividades económicas y transacciones con otras actividades”.

Las unidades institucionales residentes de la economía se agrupan de acuerdo a sus objetivos, funciones y comportamiento en cinco sectores institucionales mutuamente excluyentes:

- Sociedades no financieras,
- Sociedades financieras,
- Gobierno general,
- Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares.
- Hogares

Cada uno de los sectores institucionales puede ser dividido en subsectores dependiendo de la disponibilidad de información, el tipo de análisis y la organización institucional de cada país.

Las sociedades financieras y no financieras comprende a las unidades institucionales creadas con el propósito de producir o distribuir bienes y servicios financieros y no financieros para ser vendidos en el mercado.

Las ISFLSHs comprende a las unidades institucionales creadas con el propósito de producir o distribuir bienes y servicios no de mercado, es decir bienes y servicios para ser entregados a los hogares gratuitamente o vendidos a precios no significativos; no tienen por finalidad generar ingresos o ganancias. Este sector tiene gastos de consumo final por el valor de los bienes y servicios que proporcionan a los hogares.

El gobierno general o administraciones públicas organiza y financia la provisión de bienes y servicios no de mercado tanto individuales como colectivos a los hogares y a la comunidad, tienen gastos de consumo final y además tiene la función de redistribución del ingreso. Este sector incluye los fondos de seguridad social.

Los Hogares tienen como función principal el consumo, ofertan mano de obra en el mercado y pueden dedicarse a alguna actividad económica sin necesidad de crear una empresa.

1.1.4 Establecimientos e industrias

Las unidades institucionales desde el punto de vista de su capacidad como productores, requieren ser divididas en unidades homogéneas de producción que el sistema las define como establecimientos.

Para el análisis de la producción, la tecnología de producción juega un papel importante, el sistema define a las industrias como grupos de establecimientos homogéneos; la clasificación internacional industrial uniforme (CIU) es usada para clasificar a las industrias y elaborar las cuentas de producción y generación del ingreso. Los bienes y servicios o productos se clasifican según la clasificación central de productos (CCP).

1.1.5 La secuencia de cuentas

El SCN detalla de manera secuencial, diez cuentas y hojas de Balance al comienzo y final del período. Debe advertirse que, aun siendo necesario presentar las cuentas en un orden determinado, no debe interpretarse que las actividades que describen tienen lugar secuencialmente en el tiempo. Por ejemplo, los procesos de producción generan continuamente ingresos, mientras que los gastos en los productos obtenidos pueden tener lugar de manera más o menos simultánea. Una economía es un sistema de equilibrio general en el que se realizan simultáneamente actividades económicas interdependientes que dan lugar a innumerables transacciones entre diferentes unidades institucionales, produciéndose continuamente procesos de realimentación de un tipo de actividad económica a otro.

La secuencia de cuentas es la siguiente:

- a) Cuenta de producción
- b) Cuenta de generación del ingreso primario
- c) Cuenta de asignación del ingreso primario
- d) Cuenta de distribución secundaria del ingreso
- e) Cuenta de redistribución del ingreso en especie
- f) Cuenta de utilización del ingreso
- g) Cuenta de capital
- h) Cuenta financiera
- i) Cuenta de otras variaciones en el volumen
- j) Cuenta de revalorización
- k) Balances

a) Cuenta de producción

La cuenta de producción registra la actividad de producir bienes y servicios tal como se define en el Sistema; su saldo contable, el valor agregado bruto, se define como el valor de la producción menos el valor del consumo intermedio, y es una medida de la contribución al PBI hecha por una unidad de producción, industria o sector. El valor agregado bruto es la fuente de la que proceden los ingresos primarios del Sistema y por tanto se lleva a la cuenta de distribución primaria del ingreso; asimismo, el valor agregado puede medirse en términos netos, restando el consumo de capital fijo.

b) Cuenta de generación del ingreso primario

Registra los ingresos primarios generados en el proceso de producción, es decir los componentes del valor agregado cuyo saldo es el excedente de explotación (unidades productivas) y el ingreso mixto (hogares).

c) Cuenta de asignación del ingreso primario

Esta cuenta registra la distribución del ingreso primario creado en el proceso de producción de las unidades institucionales, el saldo de esta cuenta constituye el saldo de ingresos primarios y al nivel de la economía el ingreso nacional

d) Cuenta de distribución y utilización del ingreso

Esta cuenta muestra la transformación del ingreso primario en ingreso disponible, debido a los impuestos a la renta, las contribuciones y beneficios sociales, y a las transferencias corrientes recibidas y pagadas.

e) Cuenta de redistribución del ingreso en especie

Registra las transferencias sociales del gobierno (incluida la seguridad social) y de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares. El saldo de esta cuenta es el ingreso disponible ajustado, que a nivel de la economía es igual al saldo de la cuenta anterior.

Las principales transferencias sociales en especie que se registran en esta cuenta son: i) reembolsos y prestaciones de la seguridad social, ii) otras prestaciones de la seguridad social en especie, iii) prestaciones de asistencia social en especie, y iv) transferencias de bienes y servicios individuales de no mercado.

f) Cuenta de utilización del ingreso

Muestra como el gobierno, los hogares y las ISFLSHs usan su ingreso disponible entre el consumo final y el ahorro.

g) Cuenta de capital

En esta cuenta se registran las adquisiciones y ventas de activos no financieros y las transferencias de capital, el saldo de esta cuenta es el préstamo neto o endeudamiento que representa la capacidad o necesidad de financiamiento de los sectores institucionales y del país.

h) Cuenta financiera

En esta cuenta se registran las adquisiciones de activos financieros y las emisiones de pasivos financieros de los sectores institucionales incluyendo el resto del mundo. El saldo de esta cuenta es el mismo de la cuenta anterior.

i) Cuenta de otras variaciones en el volumen

Esta cuenta registra las variaciones en el volumen de activos que no son resultados de transacciones entre agentes (descubrimiento de recursos del subsuelo, destrucción de activos por guerra o catástrofes naturales), el saldo de esta cuenta es la variación del valor neto debidas a variación de volumen de los activos.

j) Cuenta de revalorización

Esta cuenta registra las variaciones de valor de los activos y pasivos debido a cambios en el nivel y estructura de precios que se reflejan como ganancias o pérdidas entre las unidades institucionales.

k) Balances

Los balances muestran los valores del stock de activos y pasivos de una unidad institucional al inicio (balance de apertura) y al final (balance de cierre) del período contable. Los valores de los activos y pasivos cambian en cualquier momento del tiempo, sin necesidad que haya alguna transacción, variación de precios u otras variaciones en el volumen.

1.2 Otros estudios sobre el sector salud

Los estudios que el MINSA ha encargado realizar y que tienen alguna relación con las Cuentas Satélites de la Salud son los siguientes:

1.2.1 Gastos y costos en salud.

El estudio “Análisis de Costos de los Servicios de Salud 1994” determinó el costo económico unitario de los servicios de salud otorgados en los establecimientos del MINSA, para lo cual recopiló información de una muestra de 50 establecimientos a nivel nacional; en el “Análisis de la Demanda de los Servicios de Salud 1995” desarrollado también por el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, se ejecutó la Encuesta Nacional de Demanda de Salud a 1290 hogares a nivel nacional para explicar el comportamiento de los usuarios en el mercado de la salud en el Perú.

El estudio “Análisis del Gasto Público en Salud 1994” muestra la estructura, distribución y financiamiento del gasto para 12 subregiones de salud (de un total de 32). Si bien estos estudios que los diferentes programas y proyectos del Ministerio ha encargado, proporcionan información muy valiosa ya sea analizando la conducta de las personas con relación a la atención de la salud en el Perú, dando a conocer los costos de producción de estos servicios o cuanto se gasta en salud y quien lo financia; pero no tienen una cobertura institucional, ni nacional o regional completa.

1.2.2 Análisis del Financiamiento del Sector Salud y las Cuentas Satélites

Existen dos estudios respecto de este tema, el primero “Análisis del Financiamiento del Sector Salud 1992-95”, realizado por el Consorcio ESAN /AUPHA /SERVERS/ FUNSALUD, y el segundo “Revisión y actualización del financiamiento del sector salud 1995-96”, realizada en 1997 auspiciada por el Proyecto “Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud -Perú”. Ambos tienen por finalidad cuantificar el gasto en salud, analizar los recursos financieros en sus diferentes componentes tanto públicos como privados y su distribución, para ello determinaron las fuentes de donde se originan los recursos que van a salud (quiénes financian), definieron los intermediarios o agentes financieros que captan estos recursos, quienes a su vez los transfieren a los prestadores finales de servicios de salud.

El método que se utilizó fue de “fuentes y usos” observando que el financiamiento de la salud no solamente está comprometido con la recaudación de fondos para el sector, sino que también juega un papel importante en determinar la asignación de los gastos y el comportamiento de proveedores y consumidores. En este método no necesariamente se refleja los servicios de salud que se brinda a la población, ya que un gasto no siempre se traduce en servicios de salud.

Por otro lado, las Cuentas Satélite permiten determinar la producción de servicios de salud por los diferentes agentes involucrados en esta actividad, identifica qué productos de salud se ofertan, los que se denominan productos característicos; los costos en que incurre para la obtención de los mismos, la contribución de este sector al PBI de la economía, la utilización de estos servicios por los hogares, la forma en que ellos obtienen estos servicios; a través de pagos directos, del seguro social o privado, como transferencias del gobierno o de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares, o como pago en especie de los empleadores.

Se establece un equilibrio de tal manera que la oferta de servicios de salud es igual a la demanda de los mismos. Además, a través de la secuencia completa de las cuentas se puede observar el proceso de redistribución, clave para el análisis del ingreso disponible, el gasto nacional en salud y sus fuentes de financiamiento.

En los estudios anteriores sobre gasto en salud, se menciona que el Banco Mundial (1993) no ha encontrado una relación estadística directa entre gasto en salud y estado de la salud; es decir, no se encuentra que el gasto en salud sea un indicador de los servicios de salud, ni que los resultados de salud sean explicados por su respectivo gasto, aunque hay un cierto indicio del estado de salud por los servicios de salud medidos a través de indicadores tales como el número de camas o número de médicos, de allí la importancia de un análisis relacionando indicadores físicos

II CUENTAS SATÉLITES DE SALUD

2.1 Cuentas Satélites de Salud 1995

Estas cuentas se han realizado en base a los documentos: “Marco Conceptual de las Cuentas Satélites de Salud” y “Propuesta Inicial de las Cuentas Satélites de la Salud” elaborados por la consultora Carmen Reyes.

Las cuentas satélites responden a la necesidad de expandir la capacidad analítica de las cuentas nacionales en determinadas áreas de interés social, de manera flexible sin sobrecargar o desorganizar la estructura integrada del SCN93

2.1.1 Características

Las principales características de las cuentas satélite son:

- a) Ofrece la información tradicional del sector salud en un marco más general, integrado a las cuentas nacionales
- b) Proporciona información adicional sobre el sector salud,
- c) Usa conceptos, clasificaciones y cuadros más detallados, complementarios o alternativos relacionadas con salud,
- d) Extiende y detalla la cobertura de producción, costos y beneficios de las actividades humanas y de salud,
- e) Extiende el análisis de datos mediante el uso de agregados e indicadores específicos,
- f) Enriquece el análisis de los datos monetarios con datos físicos,
- g) Facilita el análisis del sector salud en el contexto de la economía global

Estas características resumen el papel de las cuentas satélites en general y de salud en particular, por un lado está ligado al marco central de las cuentas nacionales y al sistema de información de estadísticas y por otro, permite la coordinación de las estadísticas sectoriales y nacionales.

2.1.2 Delimitación del sector

El sector salud comprende a todas las actividades que están relacionadas con la prestación de servicios de salud humana, así como a todas las unidades del gobierno que tienen a su cargo la regulación y normatividad de las actividades de salud.

También se considera al Instituto Peruano de Seguridad Social en su calidad de productor de servicios de salud, aunque su función principal es la de administrar el proceso de distribución y redistribución a través de las contribuciones y prestaciones sociales.

Se considera como actividades conexas a este sector todas aquellas que de una u otra manera contribuyen a la prevención y conservación de la salud y/o a mejorar la prestación de los servicios, tales como la producción e importación de medicamentos, la construcción de infraestructura hospitalaria y equipamiento de locales de salud.

En el futuro, la delimitación del sector puede mejorarse, identificando por ejemplo, la exportación e importación de servicios de salud; y ampliarse valorizando el trabajo voluntario en establecimientos de salud (SERUMS, Cruz Roja, etc.), o el trabajo de cuidar al enfermo en el hogar, así como identificando los costos de las actividades preventivo promocionales organizadas por los centros de trabajo.

2.1.3 Selección y clasificación de las actividades económicas

La clasificación de las actividades en las cuentas satélites de salud, se agrupan en actividades características, actividades conexas y otras actividades.

Las actividades características para el sector salud, de acuerdo con la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU) son las siguientes:

CIIU	Descripción
7512*	Administración y regulación de servicios de salud ¹
7530	Administración de planes de seguridad social obligatoria
8511	Actividades de hospitales
8511e	Hospitales y Clínicas especializados
8511	Hospitales departamentales y de apoyo, Clínicas no especializadas
8512	Actividades de médicos y odontólogos: Centros y postas, consultorios médicos particulares
8519	Otras actividades relacionadas con la salud humana

Se identifican también a las actividades conexas, como aquellas actividades que producen bienes y servicios estrechamente relacionados con la salud tales como fabricación de productos farmacéuticos y medicamentos, fabricación de equipos médicos, quirúrgicos y aparatos ortopédicos, etc.

Las otras actividades económicas son aquellas que realizan los productores de salud y que no están directamente relacionadas con esta actividad, tales como nutrición, saneamiento, medioambiente, control de calidad de alimentos y medicamentos, etc.

Seleccionadas las actividades económicas en el ámbito de la producción de las cuentas satélites, interesa conocer: ¿quiénes producen? y ¿cómo producen?. Para ello se elaboraron clasificaciones específicas de productores y productos teniendo en cuenta su participación en el mercado.

¹ Cuando aparece un asterisco al lado derecho del código, significa que corresponde a una parte de la clasificación

2.1.4 Selección y clasificación de productores

Los productores se clasifican en característicos y otros productores; los productores característicos se subdividen por su participación en el mercado en productores de mercado y no de mercado², y estos a su vez en principales y secundarios. En el cuadro siguiente se presenta la clasificación de los productores de servicios de salud en las cuentas satélites.

CLASIFICACION DE PRODUCTORES CARACTERISTICOS

PARTICIPACION	PRODUCTOR	TIPO	ACTIVIDAD ECONOMICA (CIU)
De mercado	Privados Lucrativos	Principal	8511e, 8511, 8512, 8519
De no mercado	Ministerio de Salud	Principal	7512, 8511e, 8511, 8512, Otras
De no mercado	Regiones	Principal	7512, 8511, 8512, Otras
De no mercado	Instituto Peruano de Seguridad Social	Principal	7512, 7530, 8511e, 8511, 8512, Otras
De no mercado	Otras Instituc. Públicas	Principal	7512, 8519, Otras
De no mercado	Sanidad, Soc. de Benef. Gobiernos Locales	Secundario	8511e, 8512
De no mercado	Sin Fines de Lucro	Principal	8511e 8511, 8512, 8519
De no mercado	Empresas Autoproductoras	Secundarios	8511, 8512

2.1.5 Selección y clasificación de productos

Luego de la delimitación del área de estudio y de la selección de las actividades económicas, se identifican los bienes y servicios que se producen y se clasifican en productos característicos, conexos y otros. De acuerdo a la disponibilidad de información se ha identificado los siguientes:

Productos característicos:

Salud Individual:

- Consulta externa
- Internamientos
- Intervenciones quirúrgicas
- Hemodiálisis
- Partos
- Servicios intermedios
- Otros de salud

Salud Colectiva:

² Los productores de no mercado son aquellos cuya producción no está destinada al mercado y cuando ésta es vendida, los precios de venta no cubren los costos de producción.

- Servicios gubernamentales de salud pública
- Servicios gubernamentales de regulación
- Administración de planes de seguridad social.

Productos conexos:

Productos farmacéuticos y medicamentos
Comercialización de productos farmacéuticos y medicamentos
Infraestructura hospitalaria
Equipamiento hospitalario

Otros Productos, incluyen servicios de nutrición, saneamiento, medioambiente, etc., que realizan las otras actividades.

2.1.6 Cuentas Propuestas

Las Cuentas que se proponen en este sistema satélite son las siguientes:

- a) Cuenta de producción y generación del ingreso primario
- b) Otras cuentas corrientes
 - Cuenta de asignación del ingreso primario
 - Cuenta de distribución secundaria del ingreso
 - Cuenta de redistribución del ingreso en especie
 - Cuenta de utilización del ingreso
- c) Cuenta de capital
- d) Cuenta financiera

A continuación se comentan cada una y se presentan en forma de cuentas “T” con sus transacciones y saldos. En la presentación de cuentas “T”, el lado derecho de las cuentas representan los recursos y el lado izquierdo los empleos.

a) Cuenta de producción y asignación del ingreso primario

Esta cuenta se elabora para los productores característicos de mercado y de no mercado, clasificados por actividad económica. La producción y el consumo intermedio de cada productor se clasifica en productos característicos, conexos y otros; el valor agregado está integrado por las remuneraciones, impuestos a la producción, consumo de capital fijo y como saldo el excedente de explotación e ingreso mixto.

Empleos	Recursos
<p>P2 Consumo intermedio C10 Productos característicos C20 Productos conexos C21 Prod.Farmac.y Medicamentos C30 Otros Productos</p> <p>B1 Valor Agregado D11 Remuneración de asalariados D29 Otros Imp.a la producción K1 Consumo de capital fijo B2 Excedente de explotación B3 Ingreso mixto</p>	<p>P1 Producción P10 Productos Característicos Servicios Individuales P11 Consulta Externa P12 Internamientos P13 Intervenciones Quirúrgicas P14 Hemodiálisis P15 Partos Servicios colectivos P17 Servicios de Salud Pública P18 Servicios de regulación de salud P19 Administ.de Planes de Seg.Social</p> <p>P20 Productos Conexos P21 Productos Farm.y Medicam. P22 Equipamiento Hospitalario P23 Infraestructura Hospitalaria P24 Seguros P25 Márgenes Comerciales de Prod.Farm.</p> <p>P30 Otros Productos</p>

b) Otras cuentas corrientes

Esta cuenta registra las transacciones de las cuentas de asignación del ingreso primario, distribución secundaria del ingreso, redistribución del ingreso en especie y utilización del ingreso. Su estructura es la siguiente:

Empleos	Recursos
<p>D4 Rentas de la propiedad D5 Impuestos sobre el ingreso D61 Contribuciones sociales D62 Prestaciones sociales diferentes a especie De la Seguridad Social en dinero De empleadores nbfe. Prest.de asistencia social en dinero D63 Transferencias en especie D631 Prestac.soc.en especie Servic.de salud Medicinas D632 Transf.de Serv.Indiv.de no mdo. P3 Gasto de consumo final P31 Consumo individual P32 Consumo colectivo</p>	<p>B2 Excedente de Explotación B3 Ingreso mixto</p> <p>D11 Remuneraciones D29 Otros Impuestos a la producción D4 Rentas de la propiedad</p> <p>D61 Contribuciones sociales Seguridad social Otros de seguros sociales</p> <p>D62 Prestaciones sociales De la Seg. Soc. en dinero De empleadores nbfe. Prest.de asistencia soc.en dinero D63 Transferencias en especie</p>

c) Cuenta de capital

En esta cuenta se detalla la formación bruta de capital fijo en productos característicos y otros, así como las transferencias clasificadas por origen.

Empleos	Recursos
P51 Formación bruta de capital fijo Equipamiento Hospitalario Infraestructura Hospitalaria Otros P52 Variación de existencias P53 Adquisiciones menos ventas de objetos valiosos K2 Adquisiciones menos ventas de activos no financieros no producidos B9 Préstamo-Endeudamiento neto	B8 Ahorro D9 Transferencias de capital Recibidas Pagadas (-)

2.2 Análisis de Resultados

2.2.1 Gasto en Salud, comparación con estudio del Financiamiento

En las cuentas satélites se han elaborado los cuadros de Componente del Gasto por Usuario/Beneficiarios y por Unidades de Financiamiento, los que se muestran en el Anexo 04. El primero, detalla cómo se benefician los agentes de la economía del gasto realizado en el sector salud, el cual se ha destinado a gastos en servicios de salud, en productos farmacéuticos y medicamentos, así como en inversión en el sector. El segundo cuadro muestra la forma en que se financian estos productos. Para ello se clasifican los agentes del sector en Productores de Mercado (privados lucrativos y empresas autoproductoras), Productores de No Mercado (subsector público, ISFL e IPSS), Gobierno como consumidor de servicios colectivos y Hogares como consumidores individuales.

En el cuadro Componentes del Gasto por Usuario/Beneficiario se observa que el gasto en servicios de salud y medicamentos (Consumo de bienes y servicios específicos) asciende a 4 mil 876 millones de nuevos soles, siendo las familias los principales beneficiarios con el 89% del total, luego tenemos al gobierno quien consume a nombre de la colectividad el 8%. Los productores de mercado y no mercado insumen un total de 3% constituido por las medicinas y productos farmacéuticos que utilizan para brindar los servicios de salud y que se agotan en este proceso, por lo tanto no están destinados para la venta.

La inversión en 1995 del sector salud ascendió a 452 millones de nuevos soles, de los que el gobierno invirtió el 47%, el IPSS el 42% y los productores de mercado el 11%. En promedio el sector salud invirtió el 75% en infraestructura y equipos hospitalarios y el 25% en otros tipos de bienes.

En el segundo cuadro Componentes del Gasto por Unidades de Financiamiento, se puede observar que los gastos en servicios de salud y medicamentos (Consumo de bienes y servicios específicos) ascienden a 4,876 millones de nuevos soles, los que han sido financiados principalmente por los hogares quienes pagan de “su bolsillo” el 41% del total. De este gasto el 38% lo destinan a gastos en medicinas y productos farmacéuticos y el 47% en servicios de salud proporcionado por el gobierno y el 15% pago directo a clínicas y otros productores lucrativos.

El segundo financiador de servicio de salud es el gobierno y luego el IPSS quienes financian el 28% y 24% del total de servicios respectivamente, las empresas financieras a través de las indemnizaciones por seguros financian el 3% y los productores de mercado el 4% del total de gastos en salud..

Las unidades financiadoras de la inversión en el sector son los mismos beneficiarios cuya participación se explicó anteriormente.

Al comparar los resultados del gasto en el sector salud obtenido en las Cuentas Satélites, con el del estudio Análisis del Financiamiento de Servicios de Salud se observa que en el primero el gasto asciende a 5,328 millones de nuevos soles, mayor en 3.8% respecto al estudio anterior, debido básicamente a mejor información básica y a diferencias metodológicas, lo que se refleja en mayor gasto en bienes de capital (38.7) y en medicinas y productos farmacéuticos (5%); el gasto servicios de salud es ligeramente menor en 0.6%.

En ambos estudios se observa que sólo un promedio del 60% del gasto se destina para producir servicios de salud, el 34% para la compra de medicamentos y del 6% a 8% para inversión.

COMPONENTES DEL GASTO Millones de Nuevos Soles

COMPONENTES	ESTUDIO DEL FINANCIAMIENTO					CUENTAS SATELITES				
	PUB	IPSS	PRIV	HOG	TOTAL	PUB	IPSS	PRIV	HOG	TOTAL
Total Gasto	1676	1366	296	1796	5134	1569	1363	414	1982	5328
Servicios de Salud	1410	1049	197	412	3068	1235	982	264	569	3050
Medicinas y Produc. Farmaceutic.	117	140	99	1384	1740	123	193	97	1413	1826
Medicinas						61	118	64	1413	1656
Prod.Farmac.y medicam.(CI) 1/						62	75	33		170
Formación Bruta de Cap. Fijo	149	177			326	211	188	53		452
1/ Incluye material médico						59	53			

FUENTE: MINSA_CSSalud 1995

Revisión del "Estudio de Financiamiento de Servicios de Salud 1995-96"

La elaboración de las Cuentas Satélites nos permite diferenciar el gasto en productos farmacéuticos y medicamentos que se utiliza como insumo en la prestación del servicio de salud.

Si comparamos el comportamiento de cada subsector se observa que el gasto obtenido en las cuentas satélite correspondiente al subsector público es menor en 6.4% respecto del estudio anterior, debido principalmente a que los gastos destinados a servicios de salud y formación bruta de capital fueron menores en 12% y 42% respectivamente, frente a mayores gastos en medicina y productos farmacéuticos de 5%.

La diferencia observada en el IPSS es mínima, pero si analizamos componentes se observa que el gasto en salud es menor en 6% y en formación bruta de capital mayor en 6%. En el sector privado la diferencia es más marcada detectándose en las cuentas satélites un mayor gasto por 40% respecto del estudio anterior, debido principalmente a mayor cobertura, mejora de fuentes de información básica, en medicinas el gasto es ligeramente menor en 2% y en formación bruta de capital el estudio anterior no detectó gasto para este subsector.

Las diferencias observadas en el sector Hogares es que el gasto es mayor en 10%, debido a mayor gasto en salud (38%), y en compra de medicinas (2%), ambas por mejor fuente de información básica.

COMPONENTES DEL GASTO Diferencias Porcentuales

COMPONENTES	ESTUDIO DEL FINANCIAMIENTO				
	PUB	IPSS	PRIV	HOG	TOTAL
Total Gasto Salud	-6.4	-0.2	39.9	10.4	3.8
Servicios de Salud	-12.4	-6.4	34.0	38.1	-0.6
Medicinas y Prod. Farm.	5.1	37.9	-2.0	2.1	4.9
Medicinas y Prod. Farmac.					
Medici. y Prod. Farmac. (CI)					
Formación Bruta de Cap. Fijo	41.6	6.2			38.7

2.2.2 Estructura de costos de la producción de servicios de salud

El principal productor de servicios de salud es el subsector público quien brinda el 45% de la oferta de servicios en la economía. Dentro de este sector el Ministerio de Salud produce el 17%, los establecimientos de salud de las Regiones brindan el 18% y el restante 10% es ofrecido por los productores secundarios (Sanidad, Beneficencias y Gobiernos locales). Por su parte el IPSS oferta el 30% y el subsector privado solamente el 25% de los servicios de salud, de lo cual el 22% es producido por las clínicas privadas, centros médicos, policlínicos y consultorios médicos, y el resto (3%) por las instituciones sin fines de lucro y las empresas autoproductoras.

A su vez, quien realiza mayor gasto para producir servicios de salud a nivel nacional es la red pública de establecimientos MINSA (incluido regiones) con el 36% del total de consumo intermedio, seguido del subsector privado con el 34% y el IPSS con el 30%. De las inversiones realizadas en equipamiento e infraestructura hospitalaria a nivel nacional, si bien el IPSS participa con el 45%, el MINSA y las regiones con el 42% y el subsector privado con el 13%; es el Ministerio de Salud quien destina la mayor proporción de sus

gastos (17%) a gastos de inversión, seguido del IPSS con el 15%. Es importante mencionar que existe subvaluación en el dato de inversión del sector privado ya que no se cuenta con información completa de las empresas privadas.

En cuanto a las medicinas, el IPSS adquiere la mayor parte (38%), seguido del subsector público y privado con el 33% y 29% respectivamente.

PARTICIPACION DE LOS PRODUCTORES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

COMPONENTES	CUENTAS SATELITES 1995			
	PUBLICICO	IPSS	PRIVADO	TOTAL
Producción	44.8	30.2	25.0	100.0
Consumo Intermedio	36.5	29.8	33.7	100.0
Valor Agregado	50.9	30.5	18.6	100.0
Formación Bruta de Cap. Fijo	42.6	44.8	12.6	100.0
Compra de medicinas	33.0	38.2	28.8	100.0

FUENTE: MINSA_CSSalud 1995

Al analizar la estructura de costos de cada productor se observa que el subsector privado gasta más en producir los servicios de salud, siendo su consumo intermedio el 57% de la producción, le sigue en orden de importancia el IPSS y luego la red MINSA con el 42% y 34% respectivamente; de allí que sea el sector público quien aporta la mayor proporción al PBI de la economía (51), seguido del IPSS con el 30% y el subsector privado con el 19% del total del valor agregado.

En cuanto al pago a los factores que intervienen en la producción de servicios de salud o Valor Agregado, en el subsector público las remuneraciones conforman el 60% de la producción, seguido del IPSS y del subsector privado con el 51% y 24% respectivamente. Cabe anotar que en el subsector privado cada vez más se viene realizando este pago a través de honorarios profesionales o servicios contratados a empresas, los cuales están incluidos en el consumo intermedio, lo que distorsiona la estructura productiva de los servicios de salud. En el futuro es necesario evaluar esta situación a fin de hacer los ajustes necesarios.

ESTRUCTURA DE COSTOS POR PRODUCTOR

COMPONENTES	CUENTAS SATELITES 1995			
	PUBLICICO	IPSS	PRIVADO	TOTAL
Producción	100.0	100.0	100.0	100.0
Consumo Intermedio	34.4	41.7	57.1	42.9
Valor Agregado	63.9	58.3	42.9	57.1
Remuneraciones	60.0	51.0	23.9	48.4
Otros Imp. a la Prod.	2.6	3.4	2.7	2.9
Consumo de Capital Fijo	1.3	3.8	5.0	3.0
Exced. De Explotación			6.3	1.6
Ingreso Mixto			5.0	1.2
Formación Bruta de Cap. Fijo	12.7	19.8	6.8	13.4
Compra de medicinas/CI	21.0	29.8	19.9	23.3

FUENTE: MINSA_CSSalud 1995

2.2.3 Equilibrios de Oferta y Utilización de Servicios de Salud

Esta cuenta muestra cómo se producen los servicios de salud y la forma en que se otorgan a los Hogares, en ella se cumple el principio que la Oferta de servicios de salud es igual a la Demanda. En 1995 la oferta fue de 3,050 millones de nuevos soles, de los que el 87% se ofrecieron en salud individual y 12% en salud colectiva.

Los servicios de salud individual son los destinados directamente a las personas, siendo adquirido en mayor proporción por los hogares (57%), las instituciones sin fines de lucro (12%) y el gobierno (29%). Los servicios de salud colectiva son consumidos íntegramente por el gobierno y están constituidos por los servicios de salud pública, la regulación de la salud y administración de planes de seguridad social.

De los servicios directamente otorgados a los hogares, éstos pagan el 19% de “su bolsillo”, el resto es financiado a través de prestaciones sociales del IPSS (24%), mediante pago de remuneraciones en especie (9%) e indemnizaciones de seguros (5%).

2.2.4 Equilibrio de Productos Farmacéuticos y Medicamentos

La oferta de productos farmacéuticos y medicamentos en 1995 ascendió a 1,826 millones de nuevos soles, constituida en un 49% por producción nacional y 23% por productos importados. La comercialización de esta oferta genera el 18% de márgenes comerciales y aproximadamente el 10% de impuesto general a las ventas.

Estos productos se destinan en su mayoría al consumo final (91%), y sólo el 9% al consumo intermedio; éste último es el material médico y productos farmacéuticos que los establecimientos insumen en el momento de otorgar el servicio.

**EQUILIBRIOS DE SERVICIOS INDIVIDUALES Y
COLECTIVOS DE SALUD 1995**

OFERTA = PRODUCCION	Miles de Nuevos Soles	%
Productos Característicos	3050196	100.0
Servicios de Salud Individual	2652512	87.0
Consulta Externa	932932	
Internamientos	693337	
Intervenciones Quirúrgicas	147722	
Hemodiálisis	9304	
Partos	69306	
Servicios Intermedios	798160	
Otros de salud	1751	
Servicios de Salud Colectiva	370993	12.2
Serv. Gub. de Salud Pública	30318	
Serv. Gub. de regulación	156596	
Adm. De planes de Seg. Social.	184079	
Impuestos	26691	0.8
DEMANDA = GASTO DE CONSUMO		
GASTO DE CONSUMO	3050196	100.0
Servicios de salud individuales	2679203	87.0
Servicios de salud colectivos	370993	12.0
Gasto de consumo gubernamental	1240460	40.7
Servicios individuales	869467	28.5
Servicios colectivos	370993	12.2
Gasto de consumo privado	68324	2.2
Servicios individuales ISFLSH	68324	
Gasto de consumo de hogares	1741412	57.1
Servicios individuales	1741412	
Servicios Individuales de "bolsillo"	568362	18.6
Consultas	389295	
Hospitalización	131892	
Servicios Intermedios	29161	
Otros de salud	1751	
Servicios de salud a no asegurados	16263	
Servicios Individuales financiados	1173050	38.5
Prestaciones IPSS	722920	23.7
Remuneraciones en especie	292061	9.6
Indemnizaciones	158069	5.2
Seguro directo	90071	3.0
Autoseguro	67998	2.2

La mayor parte del consumo final está formado por el consumo de los hogares quienes conforman el 88% del total de la demanda; los que adquieren el 77% de los productos farmacéuticos con su “gasto de bolsillo”, el resto lo financia a través del IPSS (7%), y una pequeña proporción (4%) mediante remuneraciones en especie e indemnizaciones de seguro directo y autoseguro. Otra parte del consumo final está conformada por el consumo del gobierno e instituciones sin fines de lucro quienes demandan el 3% del total a nombre de los hogares.

EQUILIBRIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y MEDICAMENTOS 1995

OFERTA	Miles de Nuevos Soles	%
TOTAL	1826331	100.0
Producción	898407	49.2
Laboratorios	894828	49.0
Productos farmacéuticos y medicamentos	3579	0.2
Importaciones	422985	23.2
Productos farmacéuticos y medicamentos	371909	20.4
Derechos de importación	51076	2.8
Márgenes	329881	18.1
Impuestos	175058	9.6
DEMANDA		
TOTAL	1826331	100.0
Consumo intermedio	169977	9.3
Gasto de consumo final	1656354	90.7
Gasto de consumo gubernamental	44506	2.4
Gasto de consumo privado ISFL	6316	0.3
Gasto de consumo de hogares	1605532	87.9
Gastos de "bolsillo"	1412948	77.4
Gastos financiados	192584	10.5
Prestaciones IPSS	118019	6.5
Remuneraciones en especie	21610	1.2
Indemnizaciones	52955	2.9
Seguro directo	35028	1.9
Autoseguro	17927	1.0

2.2.5 Producción en unidades físicas

En 1995 la producción de servicios de salud está constituida principalmente por consultas externas, alcanzando un total de 34 millones 819 consultas atendidas, siguiendo los servicios radiológicos y de laboratorio con 23 millones 325 mil casos. Del total de consultas externas, el subsector público atendió el 51% de las cuales el 26% se efectuaron en las Regiones; por su parte el IPSS atendió el 35% de consultas externas y el subsector privado el 14%. El resto de servicios también fueron producidos en su mayor parte por el

subsector público a excepción de los servicios de Hemodiálisis que es producido por el IPSS con el 91% del total.

PRODUCCION POR SERVICIOS CARACTERISTICOS

	TOTAL	PUBLICO	IPSS	PRIVADO
Unidades Físicas:				
Consulta Externa	34818964	17792573	12155195	4871196
Internamientos	6296534	3729131	1740839	826564
Intervenc. Quirúrg.	593144	335281	170016	87847
Hemodiálisis	126857	3623	115770	7464
Partos	277876	208790	53392	15694
Serv. Intermedios	23325539	10225005	8895045	4205489
Porcentajes				
Consulta Externa	100.0	51.1	34.9	14.0
Internamientos	100.0	59.2	27.6	13.1
Intervenc. Quirúrg.	100.0	56.5	28.7	14.8
Hemodiálisis	100.0	2.9	91.3	5.9
Partos	100.0	75.1	19.2	5.6
Serv. Intermedios	100.0	43.8	38.1	18.0

Esta información se puede complementar con el Anexo: Hojas de Trabajo de cada una de los productores de servicios de salud, evaluándose el tipo de atención por establecimientos, encontramos que en el sector público los servicios de salud individual constituyen el 54% de la producción y son ofertados por los institutos especializados, hospitales nacionales y regionales, y el 25% por las centros y puestos de salud. Los hospitales regionales ofertan el 49% de internamientos, 23% de servicios intermedios y 14% de consultas externas; los hospitales del MINSA el 44% de internamientos, 33% de servicios intermedios y 11% de consultas externas. Solamente el IPSS cambia la estructura de su oferta produciendo en primer lugar servicios intermedios (37%), seguido de internamientos (35%) y el 18% de consultas externas.

En el subsector privado la estructura productiva de las clínicas especializadas es: el 60% del total de su producción es por internamientos, el 18% por servicios intermedios y el 11% por intervenciones quirúrgicas; la producción de las clínicas no especializadas está conformada en un 35% por servicios intermedios, 30% por internamientos y 29% son consultas externas; finalmente los centros y consultorios médicos producen 71% de consultas externas y 22% de servicios intermedios. De acuerdo al tipo de servicio las consultas externas son producidas en su mayor parte por los centros y consultorios médicos (58%), los internamientos por las clínicas no especializadas 65% y por las especializadas 24%, las intervenciones quirúrgicas se realizan principalmente en las clínicas no especializadas (47%) y centros médicos (30%), el servicio de hemodiálisis lo produce el IPSS en un 77%, los partos principalmente se producen en las clínicas no especializadas en un 67% y los servicios intermedios principalmente se realizan en las clínicas no especializadas (51%).

Un elemento adicional de análisis es la distribución de los establecimientos de salud. Del total de establecimientos el 43% son consultorios médicos, el 39% puestos de salud, el

14% son centros de salud y sólo el 4% son hospitales. Por otro lado el 52% de hospitales y clínicas están a cargo del sector privado, el 34% del sector público y el 14% a cargo del IPSS. Los centros y puestos de salud son administrados por el MINSA y Regiones y los consultorios médicos pertenecen al sector privado. El 57% de las camas en funcionamiento pertenecen al IPSS, el 26% al subsector público y el 17% al subsector privado.

El 67% del personal ocupado se concentra en el subsector público, seguido del subsector privado (23%) e IPSS (10%). Es importante notar que en el subsector público la mayor parte del personal está constituido por recursos comunitarios, técnicos y auxiliares asistenciales (ambos con el 26%), 19% de otros profesionales de la salud y cuenta con sólo el 9% de médicos. Se puede decir que el subsector privado concentra la mayor cantidad de médicos que constituyen el 38% de su personal ocupado, el 27% son técnicos y auxiliares asistenciales, y el 13% otros profesionales de la salud. Finalmente el IPSS cuenta en mayor proporción con Otros profesionales de la salud (31%), el 27% de su personal son técnicos y auxiliares asistenciales y el 26% médicos.

PERSONAL OCUPADO, CAPACIDAD INSTALADA E INFRAESTRUCTURA DE SALUD

Producción física	TOTAL	PUBLICO	IPSS	PRIVADO
Personal ocupado	183645	122614	18398	42632
Médicos	31750	10932	4785	16033
Otros prof. De la salud	33853	22678	5621	5554
Técnicos, auxil.y asistenc.	48430	31965	4994	11471
Personal Administrativos	19380	13943	1177	4260
Servicios Generales	15821	10697	1775	3348
Recursos Comunitarios	34410	32398	46	1966
Capacidad instalada				
Camas en funcionamiento	178954	47265	101998	29691
Infraestructura	12615	6176	301	6138
Hospitales	473	158	67	248
Centros de Salud	1700	1157	55	488
Puestos de Salud	4959	4789	161	9
Consult. Médicos y Otros	5483	72	18	5393

En función a las posibilidades de acceso a los pobres y las recomendaciones en salud pública de priorizar la salud preventiva y los establecimientos de primer nivel, hay que mencionar que el 96% de los establecimientos de salud son centros y puestos y a través de ellos las regiones atendieron el 74% de consultas externas y el 10% de internamientos; el MINSA brindó consultas externas en un 71%, el 21% en servicios intermedios; el IPSS atendió a través de estos establecimientos el 56% de consultas y 29% de servicios intermedios. Las hospitalizaciones o internamientos son las atenciones más caras, mientras que las consultas son las más baratas.

Si bien el Censo de Infraestructura tuvo una cobertura de 5933 establecimientos MINSA, 282 del IPSS, 158 de la Sanidad y 808 establecimientos privados, en el resto de establecimientos públicos tuvo una escasa cobertura, así mismo no relevó información de

consultorios médicos. Debemos mencionar también que los tipos de establecimientos: hospitales, centros y puestos se reclasificaron según la Clasificación Industrial Uniforme de todas las actividades económicas.

Tomando en cuenta las camas hospitalarias, podemos hacer referencia al número de habitantes por cama hospitalaria como una situación inicial para monitorear las medidas adoptadas en el futuro. También es necesario conocer los componentes de los gastos según tipos de establecimiento teniendo en cuenta el gasto en personal e insumos.

2.2.6 Ingresos Propios del subsector público

Una de las fuentes de financiamiento del gasto son los ingresos propios, estos fondos son los pagos de los usuarios por la prestación de servicios de salud y son utilizados por los establecimientos de salud en la compra de bienes y/o servicios o el pago de algunos conceptos remunerativos.

Si se desea conocer cual es el monto total de los recursos administrados por las subregiones de salud, se debe considerar los ingresos propios, pero si se desea conocer el financiamiento de la prestación de servicios de salud, se deben considerar los fondos provenientes del Tesoro Público, endeudamiento, transferencias y donaciones, pero se deben excluir las captaciones de ingresos propios.

Los principales conceptos por los que el MINSA recibe ingresos es por la venta de medicinas (24%) y de productos característicos como consultas (21%), hospitalizaciones (17%), análisis de laboratorios (11%) y rayos X (6%); en menor proporción figuran los ingresos por fumigación, certificados médicos, venta de alimentos y otros.

2.2.7 Análisis de Resultados de los Hogares

La población en 1995 asciende a 23 millones y medio de habitantes, de los que el 49% son hombres y 51% mujeres. Los jefes de hogar son 4 millones 800 mil, representando el 20% de la población, de los cuales el 82% son hombres y el 18% son mujeres. En el Perú el número promedio de personas por hogar es de 4.9 personas, en el área urbano es de 4.8 personas y en la rural es de 5 personas por hogar.

El 61% de la población se encuentra entre 16 años a más. En lo referente a la situación laboral el 85% de la población se encuentra en edad de trabajar, de los que sólo el 53% se encuentra realizando alguna labor.

El personal ocupado se encuentra laborando principalmente en el sector servicios (48%), de los cuales el 1.6% corresponde al sector salud, por otro lado el 35% del personal ocupado se dedica a la agricultura y el 12% a la manufactura.

El 42% de la población accesan a algún servicio de salud y el 34% a servicios educativos, de estos últimos el 60% reciben ayuda social en asistencia alimentaria, el 32% en uniforme y calzado el 15%, el 7% en atención médica y dental.

La población que manifestó algún síntoma de enfermedad o accidente fue alrededor del 30%, de los que no consultaron el 59%. Los motivos de la no consulta fue principalmente por falta de recursos económicos 39%, por falta de atención y por no existir servicios 3.4%, porque el lugar de atención es lejano 4%.

El 66% de las personas con síntoma se atienden principalmente con un médico y el 17% por farmacéuticos. En cuanto al lugar de consulta lo hacen principalmente en el MINSA 38%, en el IPSS 19%, en Clínica o consultorio particular 16%. Las personas que tuvieron que internarse lo hacen en su mayor parte (53%) en los hospitales y centros de salud del MINSA, y el 28% en el IPSS

El 75% de las personas que adquieren medicinas las compran, mientras que el 20% las reciben donadas.

Cada una de los indicadores mencionados y otros que sirven para el análisis integral, se encuentran desagregados por área geográfica urbano y rural y por estratos no pobre, pobre y extremadamente pobre.

III. FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la elaboración de las cuentas satélite de la salud, se han utilizado las siguientes fuentes de información:

3.1 Estado de ejecución mensual del gasto e ingreso

El Ministerio de Economía y Finanzas en su Dirección General de Presupuesto Público centraliza mensualmente los Estados de ejecución mensual del gasto e ingreso de todas las entidades del subsector público. Estos formatos constituyen la principal fuente de información del Ministerio de Salud, Regiones e Instituciones Públicas Descentralizadas.

El Estado de ejecución mensual del gasto; registra los gastos de las entidades públicas, organizados de acuerdo a un clasificador por objeto del gasto cuyo origen es el Presupuesto anual del Sector Público.

Esta información se presenta por cada pliego presupuestal, por fuente de financiamiento, a nivel de programa, subprograma y proyectos, contiene el gasto según 14 partidas genéricas con detalle de sus asignaciones específicas.

Las partidas genéricas del gasto son:

01. Remuneraciones
02. Bienes
03. Servicios
04. Transferencias Corrientes
05. Pensiones
06. Intereses y comisiones
07. Estudios
08. Obras
09. Bienes de Capital
10. Préstamos, adquisiciones de valores y otros

11. Transferencia de Capital
12. Amortización de Capital
14. Bienes de capital no ligados a proyectos de inversión.

La Ejecución mensual del ingreso, registra los ingresos presupuestales distintos a la fuente Tesoro Público (Ingresos Propios, Ingresos por Transferencias internas y externas, Ingresos por donaciones internas y externas), organizados de acuerdo al clasificador del ingreso que agrupa las siguientes partidas:

- 1.1 Impuestos
- 1.2 Tasas
 - 1.2.4 De salud
- 1.3 Contribuciones
- 1.4 Venta de bienes y servicios
 - 1.4.2 Productos industriales
 - 1.4.4 De educación, recreación y enseñanza
 - 1.4.5 De salud
 - 1.4.6 Servicios varios
- 1.5 Renta de la propiedad
- 1.6 Multas y sanciones
- 1.7 Transferencias Corrientes
- 1.8 Saldo de balance
- 1.9 Otros ingresos corrientes
- 2.0 Ingresos de Capital
 - 2.1.0 Venta de bienes de capital
 - 2.4.0 Transferencia de Capital

3.2 Estados presupuestales y financieros del IPSS.

De acuerdo a Ley, el IPSS elabora anualmente estados presupuestales y financieros por cada Régimen (Fondo) que administra, ellos son: Fondo de Salud, Fondo de Accidentes de Trabajo, Fondo de Solidaridad y la Administradora de Fondos del IPSS.

La información se toma del Documento oficial “Evaluación de la Ejecución Presupuestal al IV trimestre de 1995”, esta es agregada y a nivel nacional, en la que las asignaciones del gasto no corresponden a la tradicional clasificación por objeto del gasto que utiliza la Dirección General de Presupuesto Público del MEF, sino que responde agregados funcionales y operativos aceptados por la Oficina de Instituciones y Organismos del Estado (OIOE), del Ministerio de Economía y Finanzas.

Del Fondo de Salud, hay desagregados por unidades de responsabilidad del gasto por regiones, estas son las Gerencias departamentales, los hospitales nacionales y las gerencias zonales (que corresponden a Lima metropolitana y Lima departamento). Las gerencias departamentales y zonales agrupan a Hospitales, Policlínicos, Centros Médicos y Puestos de salud ubicados geográficamente en un mismo departamento o zona.

A partir de estos reporte se calculó el destino del gasto desagregado en adquisición de bienes, adquisición de servicios, pago de remuneraciones y compra de bienes de capital.

Los demás Fondos también presentan información por destino del gasto para algunas gerencias o programas, las que fueron analizadas, digitadas y consolidadas a nivel institucional.

3.3 Cooperación Técnica Internacional en el Perú, Evaluación 1994-1995

Documento oficial de la Secretaria Ejecutiva de Cooperación Técnica Internacional del Ministerio de la Presidencia, contiene los recursos aportados por las fuentes de cooperación técnica internacional para la ejecución de programas, proyectos y actividades por entidades ejecutoras y fuentes.

3.4 Cuenta General de la República

Documento oficial que la Contaduría General de la Nación publica anualmente, contiene información presupuestaria, económica y financiera de los organismos del Sector público nacional. Comprende los volúmenes: Gobierno Central, Regiones e Instituciones Públicas Descentralizadas, Gobiernos Locales y Sociedades de Beneficencia.

Contiene además la información según la clasificación funcional del gasto por cada volumen que fue usada para estimar el gasto de los gobiernos locales y Sociedades de Beneficencia Públicas.

3.5 II Censo de Infraestructura Sanitaria y de Recursos del sector Salud (CISRESA) 1996

Esta investigación fue llevada a cabo por el Ministerio de Salud en el año 1996, utilizando como marco censal el directorio de las Direcciones de Salud (DISA) de las distintas regiones y subregiones de salud, quienes registran a los establecimientos que obligatoriamente deben solicitar autorización de funcionamiento en la DISA. De tal manera que este marco censal se puede calificar de buena cobertura.

Se diseñaron tres tipos de cédulas dirigidas a:

- Clínicas y Hospitales, cédulas celestes
- Centros Puestos, cédulas verdes; y
- Unidades Administrativas, cédulas marrones

La modalidad de captación de información fue por entrega de la cédula al establecimiento para su correspondiente diligenciamiento por parte de personal del mismo, teniendo un mes de plazo para devolver la cédula debidamente diligenciada a la DISA, luego el personal del Ministerio procedió por muestreo a la verificación de la información consignada en la cédula.

El Censo contiene información de los establecimientos de salud organizados por unidad administradora tales como:

- (A) Ministerio de Salud (MINSA)

- (B) Sociedades de Beneficencia Pública
- (C) Seguridad Social
- (D) Sanidad de Las Fuerzas Policiales
- (E) Privados Lucrativos
- (F) Privado Empresa (Autoproductoras)
- (G) Privados Filantrópicos
- (H) Empresa Estatal
- (I) Cooperativa Agroindustrial
- (J) Sociedad Agrícola de Interés Social
- (K) Gobiernos Locales
- (L) Otro Organismo No Público
- (M) Otro Organismo Público
- (N) Propiedad Social
- (O) (temporal)

Cada uno de ellas administra los siguientes tipos de establecimientos

- (1) Hospital
- (2) Centro de Salud
- (3) Puesto de Salud
- (4) Educación e Investigación
- (5) Nutrición
- (6) Medio Ambiente
- (7) Saneamiento
- (8) Unidades Administrativas MINSA
- (9) Otros (Clínica Móvil IPSS)

De la misma manera cada tipo de establecimiento está clasificado de acuerdo a las siguientes especialidades:

- (A) Medicina
- (B) Materno Infantil
- (C) Pediatría
- (D) Obstetricia
- (E) Neurología
- (F) Psiquiatría
- (G) Traumatología
- (H) Oncología
- (I) Otorrinolaringología
- (J) Rehabilitación
- (K) Gastroenterología
- (L) Otro
- (M) Salud Mental
- (N) Infertilidad
- (O) Cardiología
- (P) Oftalmología
- (Q) Cirugía

Cada establecimiento tiene las siguientes variables:

- De Producción en unidades físicas; consigna información de los años 1994 y 1995
 - Consultas externas
 - Internamientos
 - Intervenciones quirúrgicas
 - Servicios intermedios: Radiología y Laboratorio

- De Otras Variables, con información correspondiente a 1996
 - Recursos Humanos, clasificado en médicos por especialidad y no médicos por categorías de ocupación, así mismo para cada clasificación detalla la modalidad de contrato tal como: de planta, de empresas de servicios, personal contratados por servicios no personales y residentes. Es necesario mencionar que en esta variable se consignó al personal de acuerdo a la función que desempeñaban en el momento del censo y no la que figura en planillas o demás documentos administrativos.
 - Equipo, detalla los principales equipos clasificados en operativos y no operativos
 - Infraestructura sanitaria
 - Número de camas, clasificadas en: arquitectónicas, presupuestadas y en funcionamiento

Debido a la valiosa información que el CISRESA proporciona, fue la principal fuente de información para determinar la producción de salud de cada establecimiento por tipo de servicios. La información correspondiente a cada una de estas variables está contenida en bases de datos diferentes, constituyendo cada una un archivo que tienen en común los códigos del establecimiento.

3.6 Encuesta Económica Anual (EEA)

Ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) con periodicidad anual, releva información de las clínicas centros médicos, policlínicos privados. Tiene baja capacidad de respuesta, en 1995 la muestra consta de 109 empresas informantes del tipo Privado Lucrativo.

El formulario contiene la siguiente información: Balance General, Estado de Ganancias y Pérdidas por Naturaleza, Cargas por Naturaleza, el movimiento de Activo Fijo y Depreciación y Personal Ocupado, y producción física por principales tipos de servicios. Los valores monetarios están expresados en nuevos soles y a valores históricos. La modalidad de levantamiento de información es que la empresa solicita el formulario, después de haber sido informada en los medios de comunicación escrita y a través de un circular que el INEI publica cada año para informar a aquellas empresas que están obligadas a presentar la EEA y el plazo de presentación que no excede de un mes.

3.7 III Censo Económico (IICENEC) 1993 y Actualización de Negocios 1996

Investigaciones realizadas por el INEI, con la finalidad de determinar el marco censal y el comportamiento de las actividades económicas del país, conteniendo información económica financiera y de personal ocupado. El III CENEC releva información a nivel nacional, del cual se ha obtenido la información del número de Consultorios Médicos y

Odontológicos, laboratorios, parteras auxiliares odontológicos y servicios de ambulancia con su correspondiente personal ocupado mientras que la Actualización de Negocios fue ejecutada el año 1996, relevando información en el ámbito de Lima Metropolitana y Callao y no contiene personal ocupado.

3.8 Encuesta Nacional de Hogares IV-1995 (ENAHO-IV)

Es la principal fuente de información para la elaboración de la Cuenta de los Hogares e indicadores socio-económicos.

La Encuesta de Hogares (ENAHO), es una investigación realizada por el INEI, con periodicidad trimestral, La ENAHO 1995 contiene información en base de datos clasificada en ocho archivos:

- ENA1: Características de la Vivienda, con 20,443 registros contiene información a nivel de hogar
- ENA2: Características de los Miembros del Hogar, contiene 98,984 registros con información a nivel de personas.
- ENA3: Características Educativas, de Empleo, Ingreso, con 96,554 registros con información a nivel de personas.
- ENA4: Características Demográficas, con 28,723 registros contienen información a nivel de personas mujeres de 12 a 49 años de edad.
- ENA5: Características de la Salud, con 28,197 registros conteniendo información de personas que declararon algún síntoma de enfermedad en el archivo 110.
- ENA6: Gastos por productos con 496,832 registros contiene información a nivel de gastos por productos del hogar.
- ENA7: Evaluación de Programas Sociales, con 19,785 registros, contiene información proporcionada por el Jefe de Hogar o el ama de casa sobre programas educativos, de salud, conocimiento de diversos programas sociales, etc.
- ENA8: Resumen de la Encuesta a nivel de Hogares con 19,785 registros, contiene variables anualizadas sobre ingresos y gastos del hogar.

3.9 Otras fuentes de Información

Adicionalmente se dispuso de lo siguiente:

- Tarifarios de clínicas,
- Directorios de Comisión Nacional Supervisora de Empresas y Valores (CONASEV) de la Superintendencia Nacional de Aduanas (SUNAT),
- Importaciones de la Superintendencia Nacional de Aduanas (SUNAD)
- Boletines de la Superintendencia de Banca y Seguros (SBS).
- Catálogo de productos de acuerdo a la clasificación utilizada para el cálculo del Índice de Precios al Consumidor (IPC)
- Código de Ocupación
- Código de Enfermedades, síntomas y accidentes

IV PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

En las cuentas satélites, la atención se centra principalmente en la producción, por lo tanto en el análisis de las actividades y productores característicos es decir de aquellos que brindan los servicios de salud.

Desde el punto de vista de la producción, es importante mencionar que los gastos en medicamentos no se incluyen en el valor de la producción de servicios de salud, debido a que estos productos se compran para ser entregados a los hogares a un precio cercano al costo, (como es el caso del gobierno), o con un margen comercial (en el caso del subsector privado lucrativo); es decir, se trata de actividades de comercio y no de servicios de salud. En el primer caso, cuando se trata del gobierno el gasto en medicinas forma parte del gasto de consumo público, que luego se destina a los hogares en forma de transferencias en especie; si se trata del IPSS son prestaciones de salud en medicamentos y si interviene el subsector privado lucrativo el gasto se va a deducir de la venta de estos medicamentos y la diferencia es el margen comercial, generado como producción secundaria de la empresa prestadora de servicios de salud.

A continuación se describe el procedimiento seguido para cada subsector.

4.1 Subsector público

4.1.1 Cobertura

Los productores característicos pueden ser productores de mercado y de no mercado (cuando su producción no esta destinada al mercado y los precios de venta no cubren costos de producción).

La producción de los servicios de salud del subsector público se realiza a través de sus institutos especializados, hospitales nacionales, hospitales regionales, policlínicos, centros, puestos de salud, y unidades administrativas distribuidas en el país. Este subsector está constituido por:

- Ministerio de Salud (MINSA),
- Instituto Nacional de Protección del Medio Ambiente para la Salud.
- Instituto Nacional de Salud
- Instituto Nacional de Medicina Tradicional
- Escuela Nacional de Salud Pública.
- Todas las regiones y subregiones de salud de los Gobiernos regionales y Corporación de Desarrollo de Lima y Callao y, parcialmente los programas “01” de Administración Central en su calidad de ejecutores de proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud y obras de saneamiento.
- El Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS)
- Parcialmente el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior en su calidad de prestador de servicios de salud a sus miembros.
- Parcialmente los Gobiernos Locales (Concejos Provinciales y Distritales) y las Sociedades de Beneficencia Pública.

El Ministerio de Salud (MINSA), financia gastos de la administración central, los establecimientos de salud de las subregiones de Lima y Callao y los hospitales nacionales

e institutos especializados, de los programas de Salud Ambiental, del Programa Nacional de Mantenimiento y Equipamiento, del Programa de Salud Básica para Todos (PSBT), Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud y el Proyecto Salud y Nutrición Básica.

El PSBT transfiere recursos para el pago del personal contratado y la ampliación del horario de trabajo del personal nombrado en los centros y puestos de salud focalizados a nivel nacional, determinados bienes y fondos de los Programas Nacionales destinados a insumos y otros gastos corrientes de supervisión y capacitación.

Para el cálculo de las Cuentas Satélites, el gasto de este programa se ha distribuido a las subregiones de salud según las asignaciones presupuestales de cada una. Se ha dejado la ejecución del gasto de las subregiones de Lima como gasto del MINSA.

Se contó con la ejecución del gasto presupuestal de los Gobiernos Regionales, de todas las subregiones de salud (27) y subprogramas (65), además del programa de Administración Central de todas las regiones con sus proyectos (93 proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento de establecimientos de salud y obras de saneamiento en 1995).

Si bien la función del IPSS es administrar el proceso de distribución y redistribución a través de las contribuciones y prestaciones sociales, es un importante productor de servicios de salud, de ahí su inclusión en las cuentas satélites.

El IPSS es una entidad autónoma que administra en forma descentralizada el régimen de la Seguridad Social en salud. Brinda prestaciones asistenciales de salud, económicas y sociales a sus asegurados. Los servicios de salud son prestados en hospitales nacionales, regionales y departamentales, así como en policlínicos y postas médicas ubicados en todos los lugares del país donde existe población asegurada.

La información básica fue digitada para cada subprograma presupuestal de los pliegos para su consolidación, se cuantificó el gasto institucional proveniente de toda fuente y se desagregó en partidas genéricas y específicas organizándose una base de datos.

4.1.2 Definición y estimación de variables

a) Consumo Intermedio

Comprende el valor de bienes no duraderos y servicios que los productores utilizan o transforman totalmente en el proceso de producción. Se excluyen del consumo intermedio, los bienes y servicios adquiridos y proporcionados a los asalariados como parte de sus remuneraciones (por ejemplo el racionamiento).

Se detallan las compras de materiales estratégicos para la producción de servicios de salud, como son las medicinas, materiales de laboratorio, materiales médicos y materiales de radiología (asignaciones 02.08, 02.09, 02.10)

b) Valor Agregado

El valor agregado mide el valor adicional creado por el proceso de producción. Está constituido por:

Remuneración de los asalariados

Presupuestalmente el gasto en personal no se identifica porque a lo largo del tiempo se han generado mecanismos que llevan a que se paguen remuneraciones tanto por la partida 01 como por la 02 referida a Bienes (a través de la partida específica de racionamiento que indica la entrega de un pago en víveres), o la partida 03 Servicios (por la modalidad de contratación mediante “servicios no personales”) y de transferencias (bonificaciones especiales adjudicadas a estas partidas).

Se ha incluido como remuneraciones a todos estos pagos en dinero y especie, la contribución pagada o imputada a favor de los asalariados (trabajadores), los aportes del gobierno a la seguridad social y al fondo de pensiones, en su calidad de empleador. Se incluyen las gratificaciones, riesgos de vida, compensación por tiempo de servicios y en general los gastos formados por la partida presupuestal 01 Remuneraciones.

Impuesto a la producción

Impuestos que se gravan a los productores por la producción, venta, compra o utilización de bienes y servicios y que se cargan a los gastos de producción.

En el caso de los productores de servicios gubernamentales los impuestos a la producción lo forman los pagos por las tasas de servicio público y el pago al FONAVI.

Las tasas se obtienen del gasto de la partida 03 Servicios (03.11) y el FONAVI de la 04 Transferencias Corrientes (04.17).

Consumo de capital fijo

Es el costo de reposición de los activos fijos reproducibles consumidos en un período contable como deterioro normal.

Se obtiene del anexo financiero F-3 Depreciación, agotamiento y amortización acumulada, que muestra la depreciación del ejercicio a la que se le dedució el factor por ajuste inflacionario.

c) Valor bruto de producción

La producción de los servicios gubernamentales se mide por agregación de sus costos, vale decir, la suma del Consumo intermedio y Valor agregado.

$$VBP = Ci + VA$$

ó

$$VBP = CI + Rs + CKF + Ii$$

d) Ingresos por venta de Mercancías y Otros bienes y servicios

Son los bienes y servicios producidos para la venta, se clasifican como mercancías cuando son vendidas a un precio que cubre su costo de producción.

Se obtienen del formato Ejecución presupuestal del ingreso, de la fuente ingresos propios; previamente se digitaron los ingresos presupuestales por toda fuente y a nivel de subprograma. Cada concepto por el que se generó ingresos fue clasificado en productos característicos: consultas, internamientos, servicios intermedios, otros servicios de salud u otros productos; otros impuesto a la producción, alquileres, transferencias corrientes y de capital.

e) Gasto de consumo final

El gasto en consumo final únicamente lo realizan el gobierno general, las instituciones sin fines de lucro y los hogares. Todo el gasto en consumo de los hogares se efectúa en su propio nombre, en cambio, el gasto en consumo del gobierno general se realiza o bien en beneficio de la comunidad en su conjunto (consumo colectivo) o bien en beneficio de los hogares individuales. Los gastos en consumo que el gobierno efectúa en nombre de los hogares se llevan a cabo con el objeto de realizar transferencias sociales en especie, éstas son bienes y servicios que el gobierno general suministra a los hogares gratuitamente o a precios económicamente no significativos. Equivale al Valor Bruto de Producción deducido la suma de sus ingresos por venta de productos característicos, conexos y otros.

$$GCF = VBP - \text{Ingresos por productos característicos, conexos y otros.}$$

f) Producción por productos característicos

Una vez determinada la producción de los establecimientos públicos es necesario detallarla por tipo de productos producidos, para lo cual se utiliza el CISRESA que contiene unidades físicas de producción clasificadas en: consultas externas, internamientos, intervenciones quirúrgicas, servicios intermedios, partos y hemodiálisis.

La producción por productos característicos se ha obtenido estableciendo una correlación de la Producción (P1) según los códigos de los subprogramas presupuestales, con los códigos de los establecimientos de salud geográficamente ubicados en la misma subregión de salud.

Los códigos presupuestales se generaron creando cinco campos que contenían el número de programa y subprograma presupuestal, el tipo de entidad administradora, el tipo de establecimiento y por último, el código de la subregión de salud.

Ejemplo: código del Instituto Honorio Delgado Hideyo Noguchi del MINSA

Progr.	Subpr.	Instit.	Estab.	Subregión
03	001	A	1	01201

Este código identifica a un establecimiento tipo hospital que esta en la subregión de Lima Norte, y pertenece al MINSA programa 03, subprograma 001; se enlaza con los códigos de establecimientos del CISRESA a través de los campos comunes: Institución, tipo de establecimiento y subregión de salud. Se establece así, una correlación entre los establecimientos del censo y su código equivalente dentro del presupuesto de gastos.

Se utilizaron las tarifas de las clínicas privadas para establecer precios promedio de los servicios, estos precios se multiplicaron por la producción física de las consultas, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, etc. y por agregación se generó la “producción tarifada” de cada establecimiento. Con esta estructura se pudo desagregar la producción resultante de la ejecución presupuestal del gasto por subprogramas, para tal fin se elaboraron programas en Visual Fox.

Como se puede observar la producción tarifada sólo representa la importancia de cada tipo de servicio característico.

4.1.3 Otros Productores públicos

Si bien para los casos de MINSA, IPSS, Gobiernos regionales, Instituciones Públicas Descentralizadas, PRONAA y programas del Ministerio de la Presidencia, se han obtenido información sobre los ingresos y gastos presupuestales con las que se han elaborado las variables de las cuentas; para las Sociedades de Beneficencia, Gobiernos Locales y Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales no fue posible contar con esta información; en los dos primeros casos por no haber tenido acceso a la información de la Contaduría General de la Nación y en el último por que la información es de carácter reservado.

Sin embargo, se ha calculado el valor de la producción de las Sociedades de Beneficencias y Gobiernos Locales a partir de la ejecución presupuestal del gasto en función de salud, realizadas por estas entidades y mostradas en la Cuenta General de la República 1995.

La producción de la Sanidad se ha calculado sobre la base de la productividad del personal ocupado de los establecimientos de la Sanidad que están incluidos en el Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y de Recursos del Sector Salud. Se ha tomado como referencia, en el caso de los hospitales, la productividad de un hospital nivel IV del IPSS y para los Centros médicos, otro establecimiento de su mismo nivel.

4.2 Subsector privado

4.2.1 Cobertura

La producción de servicios de salud privados está formada por la venta de este tipo de servicios que realizan las empresas privadas lucrativas, denominada producción de

mercado; y por los servicios de salud proporcionados por las empresas privadas no lucrativas y las empresas autoproductoras, que se conoce como producción de no mercado.

El subsector privado está constituido por:

- Productores de mercado:

Clínicas privadas especializadas y no especializadas, centros médicos y policlínicos, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios, servicios radiológicos, de diagnóstico por imágenes y servicios prepagos (Ej. Alerta Médica, Plan Vital, etc). Además se incluye el servicio proporcionado por parteras y curanderos.

- Productores de no mercado:

Las Empresas Autoproductoras son aquellas empresas que otorgan servicios de salud a sus trabajadores en hospitales o centros de salud propios de la empresa, estas pueden ser: empresas mineras, petroleras, azucareras, Sociedades Agrícolas de Interés Social (SAIS). Dichos servicios son considerados como remuneraciones en especie que los empleadores otorgan a sus trabajadores.

Las Instituciones sin fines de lucro, está formado por hospitales, centros y postas médicas a cargo de parroquias, de Organizaciones No Gubernamentales, centros y comunidades de rehabilitación terapéutica, Instituto Peruano de Paternidad Responsable, etc.

Con los directorios del CISRESA, la Encuesta Económica Anual, SUNAT, CONASEV, III CENEC 1993, Actualización de Negocios 1996, se elaboró un directorio actualizado del subsector privado por CIU, detectándose importantes omisiones en el CISRESA, lo que obligó a completar y uniformizar dicha información.

El CISRESA contiene información de producción física en cuatro archivos denominados:

- Ceconex.dbf,, con información de Consultas externas
- Ceserint.dbf, con información de servicios intermedios (laboratorio y radiológicos) por consulta externa y hospitalización,
- Cehosint.dbf, con información de egresos y días pacientes, y
- Ceintqui.dbf, con información de intervenciones quirúrgicas.

Cada uno está organizado por establecimiento identificado con un código. Los establecimiento se clasificaron por CIU y especialidad según se detalla en el siguiente cuadro:

COD	UNIDAD ADMINISTRADORA (CISRESA)	SUBSECTOR CUENTA SATELITE
	<u>1. TIPO DE INSTITUCION</u>	
E	Privado Lucrativo	Privado de Mercado
G L	Privado Filantrópico Otro Organismo No Gubernamental	Privado No de Mercado: Sin Fines de Lucro
F I J	Privado Empresa Cooperativa Agroindustrial Soc.Agric. de Interés Social	Privado No de Mercado: Empresas Autoproductoras
	<u>2. TIPO DE ESTABLECIMIENTO</u>	<u>CLASIFICACION CIU</u>
1 2 3	Hospital Centro de Salud Otros	CIU 8511: Clínicas Privadas (con alojamiento) CIU 8512: Clínicas privadas (sin alojamiento) Centros Médicos y Policlínico CIU 8519: Otras Actividades Relacionadas Laboratorios, Ser.rediología, Prepagos, Comunid.Terapéuticas.
	<u>3. TIPO DE ESPECIALIDAD</u>	<u>ESPECIALIDAD</u>
A B	Medicina General Materno Infantil	Establecimientos No Especializados
C D ... Q	Pediatría Obstetricia ... Cirugía	Establecimientos Especializados

4.2.2 Producción de Empresas Lucrativas: Clínicas, Centro Médicos y Policlínicos

La Encuesta Económica contiene información económico-financiera de una muestra de empresas que se ha denominado “conocidas” y son del tipo E Privado Lucrativo. Esta información se encuentra en archivos de EXCEL, para efectos de su comparación con el CISRESA fue necesario asignarle el mismo código del establecimiento y clasificación del censo en:

- 8511 Hospitales y Clínicas No Especializadas y Especializadas,
- 8512 Centros Médicos y Policlínicos Especializados y no Especializados;
- 8519 Servicios complementarios a la actividad de salud, donde se ubican los establecimientos que realizan servicios de laboratorio, radiología y diagnóstico por imágenes.

Se elaboró la correspondencia entre las cuentas del Estado de Ganancias y Pérdidas por Naturaleza con las variables de las Cuentas Nacionales lo que se denomina “Cuadro Intermedio” (ver Anexo N° 5), con lo cual se llegó a determinar en nuevos soles el valor

bruto de producción (VBP), el consumo intermedio por principales gastos y el valor agregado conformado por las remuneraciones, impuestos a la producción, consumo de capital fijo y excedente de explotación. Así mismo se determinó la formación bruta de capital fijo por tipo de bien y el personal ocupado.

Para obtener el personal ocupado de 1995, se elaboró un índice en base a la muestra de la EEA para cada grupo CIIU y por tipo de especialidad con el cual se retropoló el personal ocupado 1996 del CISRESA.

Con el VBP y Personal ocupado de los conocidos, se calculó productividades por CIIU y especialidad, resultante de dividir la producción entre el personal ocupado.

Para expandir la producción a nivel nacional, se utiliza la productividad de los conocidos para cada grupo CIIU, la cual se multiplica por el personal ocupado de los establecimientos no conocidos (diferentes a los conocidos). El consumo intermedio y valor agregado de la muestra sirve para expandir los costos a nivel nacional en función a la producción de los no conocidos.

4.2.3 Producción de otros productores privados

Para determinar la producción de Consultorios Médicos y Odontológicos se identificó en el III CENEC los establecimientos de la CIIU 8512 con personal ocupado de 0 a 1, asignándosele la productividad promedio y la estructura de costos (consumo intermedio y valor agregado) de los centros médicos con una persona ocupada, contenidas en la EEA de acuerdo a la especialización del tipo de servicio que otorgan.

Para el caso de las Otras actividades relacionadas con los servicios de salud, la EEA contiene información de una muestra de laboratorios, establecimientos de servicios radiológicos, de diagnóstico por imágenes y servicios prepagos (Ej. Alerta Médica, Plan Vital, etc), se expande a nivel nacional con el personal ocupado del III CENEC y con una productividad promedio de laboratorios pequeños y medianos de la muestra EEA.

Para determinar la producción de las empresas autoproductoras y las instituciones sin fines de lucro, se utilizó el personal ocupado del CISRESA y se le dio la productividad y estructura de costos (consumo intermedio y valor agregado) de hospitales y centros médicos similares pertenecientes al Ministerio de Salud.

Por otro lado se contó con las donaciones de Cooperación Técnica Internacional por organismo ejecutor se identificaron aquellas donaciones a entidades no incluidas en el directorio del CISRESA, incrementándose la producción de SFL por este concepto.

4.2.4 Determinación de la Producción por servicios característicos

Una vez determinada la producción de clínica, centro médicos, consultorios y servicios intermedios, es necesario desagregarla por tipo de servicios, para lo cual se utiliza el CISRESA que contiene unidades producidas clasificadas por: consultas externas, internamientos, intervenciones quirúrgicas y servicios intermedios.

Se utilizó los tarifarios de las clínica para establecer precios promedio de los servicios, lo cual es un estudio muy grueso de los precios de los servicios, que en el futuro se podrá mejorar con estudios especiales de tarifarios e incorporar mejores precios que los utilizados en el presente documento.

Con los precios así determinados, se multiplicó por la producción física correspondiente y por agregación se generó la “producción tarifada” de cada establecimiento. Con esta estructura se pudo desagregar la producción resultante en los acápite anteriores.

Como se puede observar la producción tarifada sólo representa la importancia de cada tipo de servicio característico y no define el nivel de VBP.

4.3 Cuenta de Hogares 1995

Determinada la oferta de servicios de salud es necesario analizar el destino de los mismos.

Los hogares como consumidores son los beneficiarios más importantes en las cuentas satélites de salud, por lo que es necesario elaborar la cuenta de este sector institucional, clasificándolos por categorías e incluyendo en cada categoría indicadores socio-económicos adicionales. Los hogares se estratificaron por área geográfica y categoría socioeconómica.

Procedimiento Metodológico

Se depuró la base de datos creando códigos de identificación del Hogar en los archivos con información sólo de hogares y códigos de Hogar-persona en los archivos con información de miembros de hogar.

Se crearon “archivos maestros” con códigos comunes en los 8 archivos, de esta manera se determinó la muestra básica de hogares y de personas.

Se revisó los factores de expansión, y se procedió a estratificar por área geográfica en rural y urbano, de acuerdo a los campos “Estrato Urbano, semiurbano, rural y rural2”, y en categorías extremadamente pobres, pobres y no pobres, de acuerdo a los campos “Extremadamente pobre y pobre” contenidos en las datar básicas de la ENAHO.

Se determinaron las variables necesarias para elaborar los cuadros de Indicadores Socio-económicos y Cuenta de Hogares tales como:

- Población por rangos de edad
- Tamaño medio de familia
- Número de hogares
- Vivienda: Servicios básicos de la vivienda
- Acceso a servicios: Educativos, de Salud
- Personal Ocupación por categoría a nivel de 4 dígitos de la CIU
- Personal Ocupado del sector salud; Médicos, odontólogos, otros, por sexo, según región urbana, rural y estrato alto medio y bajo
- Ingresos por categoría de ocupación

- Ingresos por tipos: por trabajo dependiente, independiente, por rentas de propiedad, por transferencias, etc.
- Gastos Totales clasificados por función: 10 grandes grupos
- Prestaciones sociales
- Transferencias Corrientes
- Transferencias Sociales en especie
- Medios Informativos
- Nivel de educación de la población
- Tasa de asistencia escolar
- Indicadores de salud (consultas, lugar de consulta, adquisición de medicinas, etc.)
- Acceso a programas sociales: de educación, de salud, etc.
- Gasto en salud: Medicinas, servicios médicos, seguros, etc.

V. LIMITACIONES

- a) No se ha tenido acceso directo a la Oficina de Organismo desconcentrados de la Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas, para obtener información directa de los Gobiernos regionales.
- b) Los recursos fiscales del subsector público destinados al gasto en salud están dispersos, así tenemos que el MINSA financia gran parte de los gastos en Lima y Callao, el PSBPT y Planificación Familiar transfieren fondos a establecimientos de primer nivel (Centros y puestos) prioritarios a nivel nacional, las subregiones de salud reciben fondos a través de los Gobiernos regionales, además de recibir recursos mediante ingresos propios que generan sus establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos) y de donaciones de cooperación técnica internacional
- c) No es fácil conocer el total de la ejecución presupuestal del gasto a nivel regional, ya que existen diversas instituciones y organismos a través de los cuales se destinan recursos para el gasto en salud en las regiones, sin que ninguna institución centralice o conozca el valor total de los recursos recibidos por las subregiones de salud.

Las subregiones de salud se financian con giros del Tesoro Público o de Cooperación Externa a través de las regiones; con ingresos propios, con giros en efectivo y remesas de bienes que envían diversas oficinas del MINSA desde Lima, y en el caso de inversiones, a través de obras ejecutadas directamente por los gobiernos regionales.

- d) La estructura presupuestal tampoco diferencia el gasto por tipo de establecimiento, ya que la apertura Programática incluye en el MINSA y algunas subregiones, a hospitales como un subprograma presupuestal, pero la mayoría de los subprogramas comprende el gasto de hospitales, centros y puestos ubicados geográficamente cerca.
- e) Similar situación se presenta en la información del IPSS ya que la mayor parte de las Gerencias Departamentales comprende hospitales de diferente nivel asistencial, policlínicos, centros médicos y postas.

- f) En el Censo de Infraestructura Sanitaria fueron omisos los establecimientos del MINSA, como los Hospitales Hermilio Valdizán, de Vitarte, de Yauyos y el Instituto de Rehabilitación. La información de las unidades físicas producidas se tuvo que estimar con producción de establecimientos de similar especialidad y volumen de gastos.
- g) El Censo presenta también escasa cobertura de los establecimientos de salud de las Sociedades de Beneficencia Pública y Municipalidades.
- h) En el tipo de establecimiento hospitales (1) clasificados como establecimientos con actividades de salud con internamiento (CIU 8511), existen establecimientos que no tenían información de egresos o días-paciente, por lo que fue necesario clasificarlas como actividad 8512. Lo mismo ocurrió con el tipo de establecimiento centros y Postas (2), donde se detectaron gran cantidad de establecimientos con internamiento que correspondían a la atención de partos, sin embargo estos permanecieron como actividad 8512, debido a que en nuestro país es común que centros de salud atiendan partos, lo cual no significa que los servicios de internamiento constituyan su actividad principal.
- i) No fue posible obtener en el MINSA, la relación de establecimientos de salud por ámbito geográfico para establecer la cobertura oficial de cada subprograma presupuestal y relacionarlo directamente con el directorio del Censo de Infraestructura, por lo que se tuvo que recurrir al código de ubicación geográfica y asignarle unilateralmente una correspondencia presupuestal a cada establecimiento.
- j) El directorio del CISRESA correspondiente al subsector privado se completó con diversas fuentes tales como la Encuesta Económica Anual, Directorios de CONASEV, de SUNAT, debido a que tenía omisiones importantes como la Sociedad Francesa de Beneficencia (o Maisón de Santé) y otras 26 empresas más.
- k) El CISRESA, no relevó información de los establecimientos correspondientes a la CIU 8519, que brindan servicios intermedios como servicios radiológicos, de laboratorio, diagnóstico por imágenes y ambulancias. Tampoco contiene información de Consultorios Médicos.
- l) Se ha encontrado inconsistencias en la información de la Encuesta Económica Anual, así por ejemplo hay diferencias entre el dato de variación de existencias consignado en el Estado de Ganancias y Pérdidas por Naturaleza y el calculado con el balance utilizando la existencia final menos la inicial, ello trae como consecuencia que en muchos casos el margen comercial sea negativo lo cual no puede suceder en una empresa lucrativa. Se optó por mantener un margen comercial igual a cero.
- m) En la EEA sólo se detalla el personal ocupado de planta y en muy pocos casos consigna el contratado por empresas de servicios, por lo cual se consideró la información del CISRESA 96 retroplada al 95 como se explicó anteriormente. Esto tiene como consecuencia que con la información de la EEA se obtenga una productividad elevada, y por ende una excesiva producción del sector privado lucrativo.

- n) La Encuesta económica no releva información de Consultorios Médicos y Odontológicos ni de servicios intermedios de salud, es necesario realizar una encuesta que muestre su producción y estructura de costos.

VI. CONCLUSIONES

De fuentes de Información:

- La Cuentas Satélites están ligadas al marco central de las Cuentas Nacionales y al sistema de información de estadísticas, e integra datos físicos con financieros permitiendo a su vez la coordinación de las estadísticas sectoriales y nacionales.
- Con la información existente es posible elaborar las Cuentas Satélite del sector, que permitirá evaluar la situación inicial y la evolución del sector en el proceso de reforma, así como ordenar y mejorar el sistema de información del sector.
- La elaboración de las cuentas satélite ha servido para la coordinación de las estadísticas sectoriales existentes y evidenciar los vacíos de las fuentes de información, reforzando de esta manera el papel central de las Cuentas Nacionales y por ende de las Cuentas Satélites, en el desarrollo de las estadísticas.
- La Dirección General de Presupuesto Público del Ministerio de Economía y Finanzas centraliza mensualmente la información presupuestal sobre ingresos y gastos de las entidades públicas.
- Los registros administrativos de gastos e ingresos del Ministerio de Salud e Instituto Peruano de Seguridad Social utilizados en el presente trabajo tienen un alto grado de confiabilidad.
- Para las subregiones de salud se hizo el mayor esfuerzo en obtener la información directamente del MEF, lo que no se concreto pero, se reemplazó con la información básica existente en el MINSA centralizada para el estudio del Financiamiento, la cual se complementó con otras fuentes básicas, obteniéndose también cifras de alta confiabilidad.
- Los resultados del II Censo de Infraestructura Sanitaria y de Recursos Humanos en Salud, han sido una importante fuente de información para elaborar las Cuentas; el marco muestral, la calidad y la diversidad de información son muy valiosas.
- El directorio resultante de las Cuentas Satélites, constituye un buen punto de partida para elaborar directorios técnicos idóneos del subsector Privado constituido por las Clínicas, Empresas Autoproductoras de Servicios de Salud e Instituciones Sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares, para elaborar las cuentas del sector, así como para toda investigación que busque mejorar las estadísticas continuas como son las encuestas económicas y de producción física.

- Las Cuentas Satélites han permitido el intercambio de fuentes de información con el INEI, entidad encargada de la elaboración de las Cuentas Nacionales, a la vez que se evidenció los vacíos existentes.

Metodológicas:

- Las Cuentas Satélites nos permite determinar la producción de servicios de salud a nivel nacional, por los diferentes agentes involucrados en esta actividad. Además identifican los productos de salud que se ofertan, los costos en que incurren para la obtención de los mismos y la contribución del sector salud al PBI de la economía.
- Al relacionarse con la cuenta de hogares, las Satélites nos permiten conocer la utilización de los servicios de salud por los hogares y la forma en que los obtienen. Se determinan también las Transferencias sociales en especie que el Gobierno otorga a los hogares en servicios de salud y medicinas y que son otorgados gratuitamente.
- La ventaja de trabajar con esquemas globales y nomenclaturas aceptadas internacionalmente permite interrelacionar variables contenidas en el Sistema de Cuentas Nacionales y su comparación internacional.
- La “producción tarifada” sólo es necesaria para determinar la importancia de cada producto característico o servicio de salud dentro del total de producción, lo que es muy útil para desagregar la información monetaria de cada establecimiento, pero en el futuro se deberá hacer un estudio más detallado de precios promedios en el sector privado tanto en Lima como en provincias.
- Las Cuentas Satélite están enmarcadas dentro del Sistema de Cuentas Nacionales, se han llevado a cabo seis reuniones de carácter técnico con el personal de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del INEI, producto de las cuales se ha intercambiado mejoras metodológicas contribuyendo a la implementación del nuevo SCN93.
- El análisis del sector salud con las Cuentas Satélites, ha permitido mejorar la metodología, cobertura, calidad y fuentes de información del cálculo de esta actividad que realiza el INEI en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales.
- La metodología del subsector privado, para el caso de los establecimientos de los que no se tiene información se basa en las productividades. Esta es una producción por puesto de trabajo, la cual es una medida tosca de la producción, por lo que el sistema de cuentas nacionales recomienda utilizar el total de horas trabajadas como medida de insumo de mano de obra.
- Es conveniente trabajar con información global que interrelacione flujos monetarios y unidades físicas, para asegurar una evaluación integral del sector.

VII RECOMENDACIONES

- La Encuesta Económica Anual realizada a Clínicas y Centros Médicos, la ejecuta el INEI, en 1995 respondieron 109 empresas y 84 en 1996. Esta cobertura es muy baja, la que deberá mejorarse con el directorio resultante de las Cuentas Satélites. Esto permitirá incluir además a las Empresas No Lucrativas y Autoproductoras.
- Es necesario que la EEA sea ejecutada por la Oficina de Estadística del MINSA, lo que permitirá incorporar información importante para la elaboración de las Cuentas Satélites (información desagregada de adquisición de medicinas y productos farmacéuticos, de producción en unidades físicas y por tipo de servicios, personal ocupado por categoría de ocupación, tipo de contrato, etc.)
- Actualmente no contamos con información referente a empresas privadas que brindan servicios de salud a sus trabajadores (empresas mineras, petroleras, azucareras, etc), las que realizan actividades relacionadas con la salud (servicios de ambulancia, servicios de ayuda al diagnóstico) y las universidades que prestan servicios médicos y odontológicos a la comunidad a través de sus centros médicos, para lo cual es necesario realizar Encuestas Especiales para obtener información sobre ingresos, costos, personal ocupado y producción física por tipo de servicio. Así mismo es necesario contar con información de ingresos y gastos de consultorios médicos y odontológicos.
- A fines de 1998 se dispondrá de las cuentas satélite de salud para el período 1995-1997, sin embargo el INEI aun no tiene disponible la información de las Cuentas Nacionales con el nuevo año base 1994, las que serán oficialmente presentadas en el primer trimestre de 1999, por lo que la integración de este sistema de cuentas satélites de salud con el sistema de Cuentas Nacionales del INEI sólo podrá realizarse en 1999.
- Es necesario mejorar el relevamiento de información en la Encuesta Económica Anual y en las Encuestas de Hogares, sobre las horas efectivas trabajadas en el puesto de trabajo asalariado e independiente, para perfeccionar el método de las productividades.
- Complementar la Cuenta de Hogares con información de las Cuentas Nacionales referente a transacciones con los demás sectores económicos.
- Promover la coordinación de las entidades involucradas en el gasto público en salud, para la generación de bases de datos sobre ejecución presupuestal debido a que la información se encuentra dispersa en diferentes entidades. Así mismo, orientar la generación de esta información de acuerdo a los requerimientos de las cuentas nacionales.
- Implementar una encuesta de periodicidad anual a los establecimientos públicos de salud, para mantener actualizados los resultados del CISRESA, sobre todo lo referente a la producción física de servicios. Esta encuesta puede tener como base el diseño muestral del Censo y los reportes de las Hojas HIS.

- Promover la participación del personal permanente del MINSA, para generar capacidades internas que permitan el trabajo continuo de las Cuentas Satélites de Salud. Se recomienda al personal de las direcciones de Estadísticas o Presupuesto por estar involucradas ambas direcciones, en la generación de la información básica para elaborar las cuentas.

ANEXOS:

ANEXO 01: Hojas de trabajo de los productores públicos y privados de servicios de salud de:

- Ministerio de Salud
- Regiones
- IPSS
- Otras Instituciones Públicas
- Productores Secundarios
- Empresas Privada Lucrativas
- Instituciones Sin Fines de Lucro que sirven a los hogares
- Empresas Autoproductoras

Los resultados se organizan por CIU y están distribuidos en dos partes; en Unidades Monetarias (Miles de Nuevos Soles) y en Unidades Físicas.

En la primera parte se detalla la Cuenta de Producción, conteniendo la producción por productos característicos, productos conexos y otros productos; el Consumo Intermedio, o gastos necesarios para producir los servicios, clasificados de igual manera y el Valor Agregado que contiene remuneraciones, impuestos a la producción, consumo de capital fijo y el excedente de explotación. La Formación Bruta de Capital Fijo clasificado en equipamiento e infraestructura de salud adquirido o construido en el año 1995 (no se incluyen otros bienes) y Compras de Medicinas.

La segunda parte, en unidades físicas, detalla la producción característica en unidades de Consulta Externa, Internamientos, Intervenciones Quirúrgicas, Hemodiálisis, Partos y Servicios Intermedios. Número de Establecimientos diferenciando los hospitales, centros de salud, puestos de salud y otros, Personal Ocupado, clasificado en Médicos Otros profesionales de la salud, Técnicos y Auxiliares Asistenciales, Personal Administrativo y Servicios Generales. número de camas y finalmente el número de los principales equipos que poseen los establecimientos.

ANEXO N° 02: Cuadros y Cuentas de Hogares

ANEXO N° 03: Cuadro de Equilibrios de Servicios de Salud y, Productos Farmacéuticos y Medicamentos**ANEXO N° 04:** Componentes del Gasto Nacional**ANEXO N° 05:** Cuadro de Trabajo de Cuentas Institucionales: MINSA, IPSS**ANEXO N° 06:** Cuadros Intermedios de Trabajo:

- Reclasificación económica del gasto y por subprogramas presupuestales o gerencias, con fines de cuentas satélites para los productores MINSA, Regiones e IPSS.
- Cuadro de trabajo del MINSA conteniendo la reclasificación económica desde las partidas del gasto hasta la obtención de las principales variables, por subprogramas presupuestales.
- Relación de programas y subprogramas presupuestales del MINSA, Regiones e IPSS con los códigos identificadores de los subprogramas.
- Cuadros intermedios de Privados Lucrativos donde se correlaciona las cuentas del Estado de Ganancias y Pérdidas por Naturaleza y las variables de Cuentas Nacionales.

ANEXO N° 07: BASES DE DATOS ORGANIZADOS

Contiene los siguientes archivos:

NOMBRE DEL ARCHIVO	CONTENIDO
1. CUADROINTERMEDIOS.xls	Cuadros Intermedios de MINSA, REGIONES, IPSS, OPD, Otras públicos, Privadas Lucrativas.
2. DONACIONES95.xls	Donaciones a Instituciones Privadas Sin Fines de Lucro y subsector público.
3. HOJA_TRABAJO1.xls	Cuenta de Producción Generación del Ingreso, Formación Bruta de Capital, Personal Ocupado, producción en unidades físicas, número de establecimientos, principales equipos; para cada productor público y privado. Equilibrios de Oferta y Utilización de Servicios de salud y Productos farmacéuticos y medicamentos.

4. HOJASENAHO951.xls	Indicadores Socio-económicos de los Hogares, Consumo Privado, Clasificación de los Ingresos, Clasificación de los Gastos, Ocupación del Sector Salud. Valores en nuevos soles y estructuras porcentuales.
5. COMPONENTE GASTO.xls	Cuadros del Gasto por componentes y usuarios/beneficiarios, y por Unidades de Financiamiento.
6. Ctas.inst.MINSA_IPSS1.xls	Cuentas Institucionales del MINSA e IPSS

Las bases de datos están en Excel y se encuentran en la siguiente dirección electrónica: **O:\PFSS\Reforma\Ctas Nls Sld\Satelitentrega**

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

- 1- Metodología para el Monitoreo y la Evaluación de los Procesos de Reforma Sectorial en América Latina y el Caribe (español/inglés)
- 2- Línea Basal para el Monitoreo y la Evaluación de las Reformas Sectoriales en América Latina y el Caribe (español/inglés)
- 3- Análisis del Sector Salud en Paraguay (en preparación)
- 4- Clearinghouse on Health Sector Reform
- 5- Informe de Relatoría – Foro Regional sobre Mecanismos de Pago a Proveedores (Lima, Perú, 16-17 de Noviembre de 1998) (Español/Inglés)
- 6- Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud (también Partnerships for Health Reform No. SIR 1S: Medición de resultados de la reforma del sector salud en cuanto al desempeño del sistema: Guía de indicadores)
- 7- Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo (también Partnerships for Health Reform No. MAR 2/WP 2S)
- 8- Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia (también Partnerships for Health Reform No. SIR 8S)
- 9- Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador (también Partnerships for Health Reform No. SIR 9S)
- 10- Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala (también Partnerships for Health Reform No. SIR 10S)
- 11- Cuentas Nacionales de Salud: México (también Partnerships for Health Reform No. SIR 11S)
- 12- Cuentas Nacionales de Salud: Perú (también Partnerships for Health Reform No. SIR 15S)

Ediciones Especiales

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

Para ordenar ejemplares adicionales de las publicaciones producidas por Partnerships for Health Reform, refiérase a:

Iniciativa para la Reforma para el Sector Salud para América Latina y el Caribe

Partnerships for Health Reform

Abt Associates Inc.

4800 Montgomery Lane, Suite 600

Bethesda, MD 20814, USA

Fax (301) 652-3916, E-mail: phr-infocenter@abtassoc.com

Visite nuestra página electrónica: www.phrproject.com