

Cuentas Nacionales de Salud para Egipto

Departamento de Planificación
Ministerio de Salud
República Arabe de Egipto
Data for Decision Making Project

20 de Octubre de 1995

Listado de Tablas

- Tabla 1.1 Comparación del PNB per cápita y gastos de salud con respecto a otros países para 1990
- Tabla 1.2 Matriz de Cuentas Nacionales de Salud para Egipto, 1990/91 (LE millones)
- Tabla 1.3 Matriz de Cuentas Nacionales de Salud para Egipto, 1990/91 (como proporción del total)
- Tabla 1.4 Flujos de Financiamiento, Egipto 1990/91: Fuentes de los agentes financiamiento (LE millones)
- Tabla 1.5 Flujos de Financiamiento, Egipto 1990/91: Agentes financiamiento a proveedores (LE millones)
- Tabla 2.1 Tendencias Globales en Gastos del MOH, FY89-92
- Tabla 2.2 Gastos Totales del MOH, FY89-92 (efectivos en LE nominal)
- Tabla 2.3 Ingresos de autofinanciamiento reportados por las gobernaciones, FY89-92 (LE millones)
- Tabla 2.4 Autofinanciamiento de todas las gobernaciones, FY89-92 (LE millones estimados)
- Tabla 2.5 Gastos de Hospitales de Enseñanza e Institutos de Organización (LE millones)
- Tabla 2.6 Número de beneficiarios de HIO, 1965-1992
- Tabla 2.7 Distribución de beneficiarios de HIO ('000s) por departamentos, FY91
- Tabla 2.8 Primas y copagos de los beneficiarios
- Tabla 2.9 Análisis de los ingresos base de HIO para FY91

Tabla 2.10	Fuentes de ingresos de HIO
Tabla 2.11	Gastos por HIO, FY89-1992
Tabla 2.12	Niveles de gasto comparativo en HIO por regiones, FY91
Tabla 2.13	Gastos de Operación de CCO en el Cairo
Tabla 2.14	Gastos por CCO, FY89-91 (Estimado)
Tabla 2.15	Gastos de Hospitales Universitarios, FY89-92 (Estimado)
Tabla 2.16	Gastos y subsidios comparativos por camas de hospital, FY90
Tabla 2.17	Ayuda extranjera al Sector Salud Egipcio, FY90 (Estimado)
Tabla 2.18	Análisis de datos reportados por una muestra de compañías de seguro privadas
Tabla 2.19	Gastos de todas las compañías de seguro privadas (Estimado)
Tabla 2.20	Gastos en servicios médicos en una muestra de empresas de negocio
Tabla 2.21	Gastos por compañías, excluye pagos de seguro (Estimado)
Tabla 2.22	Ingresos y gastos del esquema de seguro de salud de la Unión Médica
Tabla 2.23	Gastos de ONG en actividades relacionadas con la salud, FY89-92 (Estimado)
Tabla 2.24	Estimaciones de estudios recientes de gastos en salud del hogar
Tabla 2.25	Ventas de medicamentos, FY85-92
Tabla 2.26	Distribución de ventas farmacéuticas por sector comprador, FY89-92
Tabla 2.27	Ventas al menudeo de medicamentos por farmacias (Estimado)
Tabla 2.28	Medida de gastos en salud de los hogares en la encuesta de CAPMAS 1990/91
Tabla 2.29	Comparación de gastos reportados en encuestas de CAPMAS con otra estimación
Tabla 2.30	Estimaciones ajustadas de gastos en salud de los hogares basado en la encuesta de CAPMAS
Tabla 2.31	Estimación final de gastos en salud de los hogares, FY90

Tabla A1.1	Datos macroeconómicos básicos para Egipto
Tabla A1.2	Indicadores sociales para Egipto
Tabla A1.3	Deflatores de Precios para Egipto, 1985-1993
Tabla A2.1	Gastos de MOH per cápita, FY89-92 (efectivos en constantes 1987 LE)
Tabla A2.2	Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY92 (efectivo en LE nominal)
Tabla A2.3	Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY92 (porcentaje del total)
Tabla A2.4	Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY89 (efectivo en LE nominal)
Tabla A2.5	Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY89 (porcentaje del total)
Tabla A2.6	Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY90 (efectivo en LE nominal)
Tabla A2.7	Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY90 (porcentaje del total)
Tabla A2.8	Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY91 (efectivo en LE nominal)
Tabla A2.9	Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY91 (porcentaje del total)
Tabla A3.1	Estimación de gastos del MOH para NHA, FY90
Tabla A3.2	Estimación del ingreso de hospitales universitarios para CNS, FY90

Listado de Figuras

- Figura 1.1 Ponderación de la Salud Egipcia: De dónde viene
- Figura 1.2 Ponderación de la Salud Egipcia: A dónde va
- Figura 1.3 Flujo de Fondos del Sistema de financiamiento Egipcio para el cuidado de la Salud, 1990/91 (LE millones)
- Figura 2.1 Tendencias de gastos de THIO
- Figura 2.2 Asistencia oficial, FY90
- Figura 2.3 Venta de medicamentos, FY89-90
- Figura A2.1 Gastos del MOH por capítulo

Listado de Mapas

Frente	Mapa de Egipto
Mapa 2.1	Distribución de camas por gobernaciones en 1992
Mapa 2.2	Nivel relativo de gastos por beneficiario por departamentos de HIO en FY91
Mapa 2.3	Distribución de Hospitales Universitarios en 1992
Mapa 2.4	Distribución de Hospitales de Enseñanza en 1992

Siglas

CAPMAS	Agencia Central para Movilización Pública y Estadísticas
CCO	Organización de Cuidado Curativo
DDM	Proyecto de Datos para la Toma de Decisiones, Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard
DOP	Dirección de Planificación, Ministerio de Salud
EU	Unión Europea
FP	Planificación Familiar
FY	Año Fiscal
PGB	Producto Geográfico Bruto
PNB	Producto Nacional Bruto
GOE	Gobierno de Egipto
GP	Médico General
HIO	Organización de seguro de Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
LE	Libra Egipcia
MCH	Salud Maternal e Infantil
MOE	Ministerio de Educación
MOF	Ministerio de Finanzas
MOH	Ministerio de Salud
MOSA	Ministerio de Asuntos Sociales
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
PIO	Organizaciones de Pensiones y Seguro
SHIP	Programa de Seguro de Salud para Estudiantes

SIO	Organizaciones de Seguridad Social
THIO	Hospitales de Enseñanza e Institutos de Organización
USAID	Agencia de Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional
na	No disponible/no aplicable

Agradecimientos

Este informe fue preparado por el Dr. Ravi P. Rannan-Eliya de Data for Decision Making Project, Escuela de Salud Pública de Harvard, el cual es el autor principal de este reporte, en colaboración con el Dr. Peter Berman, Director Ejecutivo de DDM, Dr. A.K. Nandakumar, Asesor Residente de DDM en El Cairo, y colegas del MOH/DOP.

Este estudio ha contado con la ayuda de la Dra. Moushira El Shafei, Subsecretaria, MOH. Ella fue la contraparte oficial de este estudio y, sin su continuo apoyo y participación, este estudio podría no haberse completado. El Financiamiento fue suministrado Us Agency for International Development en El Cairo, como parte del Proyecto de Recuperación de Costos de la Salud, dirigido por el Dr. Hasan El Kalla, Director Ejecutivo.

Las cifras y estimaciones presentadas en este informe están basadas principalmente en datos recolectados por funcionarios de la Dirección de Planificación, Ministerio de Salud. Con pocas excepciones, los datos fueron oficialmente suministrados por los respectivos Ministerios, agencias y departamentos del Gobierno de Egipto (GOE). Agradecimientos especiales para los respectivos funcionarios administrativos y financieros de las Direcciones de Gobernación de Salud, Organizaciones de Seguros de Salud, Organizaciones de Cuidado Curativo, Hospitales Universitarios, Hospitales de Enseñanza y varias compañías farmacéuticas funcionando en Egipto.

Los agradecimientos finales son para el equipo de DDM, que proveyó el apoyo administrativo y logístico para este estudio y su publicación: Chris Hale, Kristen Purdy, Catherine Haskell y Christina Oltmer. Yuri Orlov de Harvard/DDM compiló los mapas para este reporte.

Los comentarios y preguntas acerca de este informe son bienvenidos, y deben ser enviados a:

Dr. Ravi P. Rannan-Eliya
Department of Population & International Health
Harvard School of Public Health
665 Huntington Ave
Boston
MA 02115
Tel: (617) 432-4610
Fax: (617) 432-2181
Internet: rrannane@hsph.harvard.edu

Definiciones y Notas de los Datos

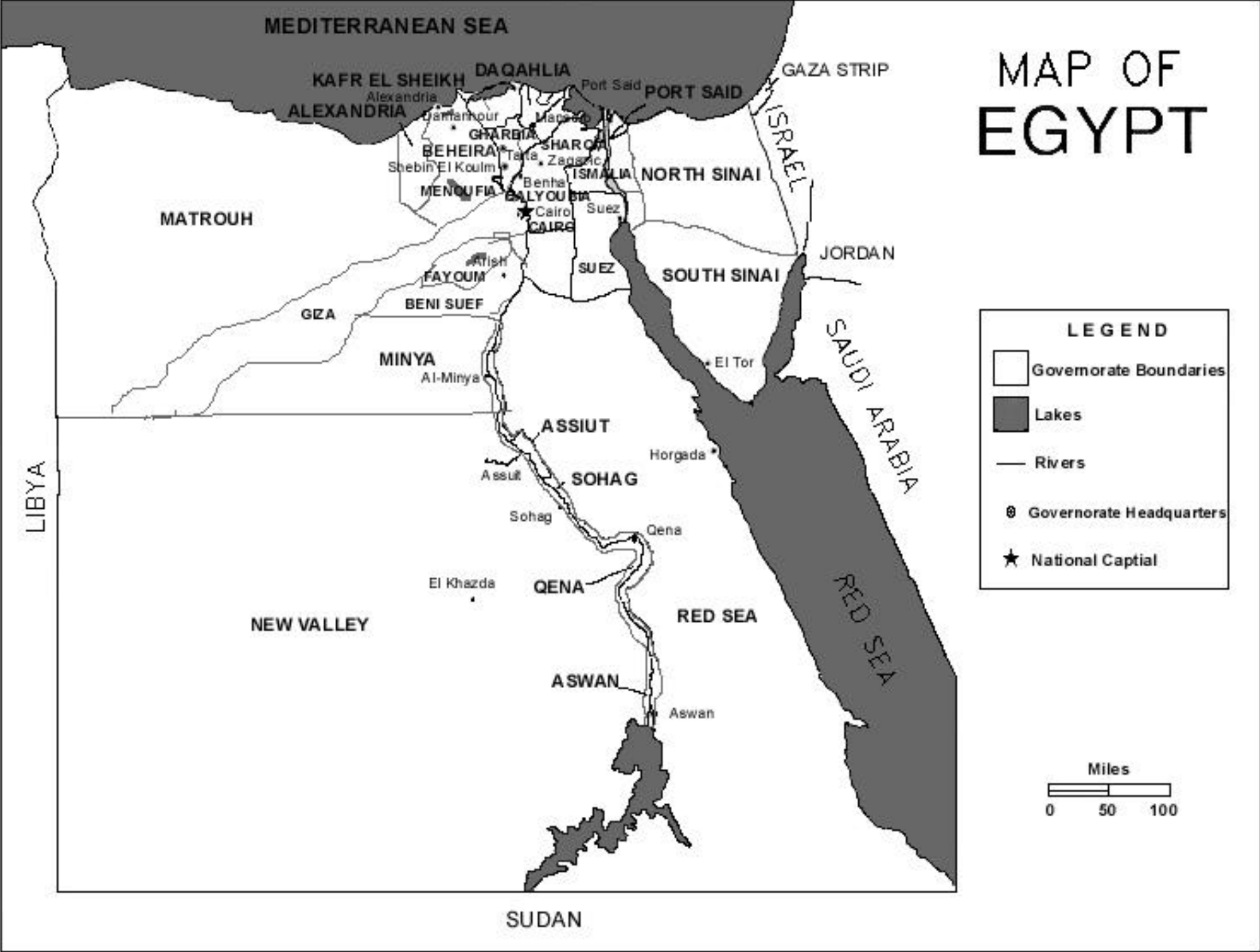
Este reporte estima el gasto total en salud para Egipto a principios de los noventa. No hay una definición internacionalmente aceptada sobre qué constituyen los gastos en salud pero, para propósitos de este estudio, se utiliza la siguiente definición. Se define como gastos en salud a todos los gastos o desembolsos para la prevención, promoción, rehabilitación y cuidado; actividades de la población; nutrición, y programas de emergencia que tengan por objetivo el mejorar la salud.¹ El término salud incluye tanto la salud de individuos como de la población. Hay muchas actividades con múltiples objetivos, incluyendo aquellas de mejoramiento de la salud, tales como programas de subsidios de alimentos, o bien proyectos de agua y de saneamiento. Estos son incluidos en los gastos en salud si el objetivo principal es el mejoramiento de la salud en sí mismo. Los gastos en educación médica y en entrenamiento no están incluidos como parte de los gastos en salud para los propósitos de este estudio. Aunque el entrenamiento de personal médico puede ser considerado como objetivo de mejorar la salud, también puede ser argumentado que muchos de los beneficios van directamente a los individuos que son entrenados. Además, la estimación de gastos específicos en entrenamiento médico podría requerir acceso a diferentes fuentes de información, las que podrían no estar fácilmente disponibles para los propósitos de este estudio. Sin embargo, algunos gastos en salud contabilizados como parte de estas estimaciones, tales como los gastos en Hospitales de Enseñanza, son también parte del entrenamiento médico y educativo.

El año fiscal del Gobierno de Egipto (GOE) va desde el 1 de Julio al 30 de Junio. Debido a que el mayor volumen de datos recolectados corresponden al año fiscal de GOE y a que la planificación en el Ministerio de Salud se basa en el año fiscal, las Cuentas Nacionales de Salud presentadas aquí son organizadas sobre esa base. FY es utilizado para denotar el año fiscal, cuando sea apropiado, como en el caso de FY89 que se refiere al Año Fiscal 1989/90, es decir: desde el 1 de Julio de 1989 al 30 de Junio de 1990. Los años calendarios son usados sin la notación anterior, por lo que 1989 se refiere al año calendario 1989.

Las estimaciones presentadas son principalmente para FY89 a FY92. Cifras para años más recientes no se presentan, pues no fue posible en la mayoría de los casos obtener datos actuales sobre los gastos efectivos de las organizaciones de gobierno y los ministerios comprendidos. Las Cuentas Nacionales de Salud son presentadas para el período FY90, debido a que éste fue el único año para el cual un conjunto de datos relativamente completos pudo ser compilado. Las

1/ Esta definición es similar a aquella usada para la estimación de gastos nacionales de la salud del Banco Mundial (1993)

MAP OF EGYPT



cifras presupuestarias auditadas sobre los gastos del MOH estuvieron disponibles hasta FY92, pero las fuentes de datos para otros gastos públicos estuvieron disponibles hasta FY91, y los datos de encuestas sobre gastos privados estuvieron en su mayoría disponibles, con detalle y precisión, para FY90. Sin embargo, debe notarse que cifras relativamente detalladas y confiables sobre gastos a nivel de hogar están disponibles para FY94 en la Encuesta Nacional de Hogares de Harvard/DOP, con lo que debiera ser posible estimar los gastos totales de la salud a nivel nacional y revisar las Cuentas Nacionales de Salud para FY94, luego que las cuentas financieras auditadas estén disponibles para el MOH desde el MOF. Dado los dos años de rezago requeridos para disponer de las cuentas revisadas por el MOF, debiera ser técnicamente posible compilar las Cuentas Nacionales de Salud para FY94 a mediados de 1997. Producir un conjunto de Cuentas Nacionales de Salud confiable y completa sobre una mayor base de tiempo que ésta es deseable, pero requeriría de mejoramientos en los sistemas de información financiera del GOE.

Las desagregaciones de gastos del MOH en categorías distintas a aquellas registradas bajo el sistema de contabilidad descrito anteriormente es difícil. Por esta razón, DOP/DDM ha desarrollado un Sistema de Rastreo Presupuestario (BTS) para compilar los gastos de cada gobernación por tipo de función e instalación, así como por capítulo presupuestario. Los datos BTS están disponibles solamente de manera provisoria para tres gobernaciones (Alejandría, Beni Suef y Suez) para FY92. Se espera expandir el BTS en los próximos dos años para cubrir la mayoría o todas las gobernaciones de Egipto.

El análisis provisorio de los datos del BTS indica que aproximadamente el 50% de los gastos del MOH corresponde a gastos en instalaciones hospitalarias, y el 50% restante al suministro de servicios no hospitalarios. El análisis de gastos del MOH por función reveló el siguiente rango en gastos por categorías de programas: cuidado curativo: 37-51% del total, administración: 28-41% del total. El porcentaje de gastos en salud por gobernación en administración es alto en relación a otros países, y debiera ser un tema de preocupación.

Introducción

Las Cuentas Nacionales de Salud describen los flujos de gastos - tanto públicos como privados - del sector salud de un país. Estas dan cuenta de las fuentes, usos y flujos de fondos dentro del sistema de salud, y son un requerimiento básico para una óptima administración de la asignación y movilización de recursos de este sector (Rannan-Eliya y Berman, 1993). Todos los servicios de salud en Egipto son financiados usando fondos derivados en última instancia de las mismas fuentes: el Gobierno de Egipto, donadores internacionales, empresas y hogares. El financiamiento de estas fuentes pasan tanto directa como indirectamente vía intermediarios financieros a los suministradores finales de servicios de la salud. Las Cuentas Nacionales de Salud de Egipto describen estos flujos y cuantifican los montos comprometidos. Estas muestran que los totales de recursos movilizados por el sector salud junto a sus fuentes, así como en qué son utilizados.

Egipto tiene un sistema de salud altamente pluralista, con diversos proveedores públicos y gubernamentales además de agentes financieristas y un diverso rango de proveedores privados. Por lo tanto, no es fácil entender este complejo sistema. Sin embargo, en general, hay cuatro tipos principales de agentes financieristas en Egipto: el sector gobierno, el sector público, empresas privadas y hogares. El sector gobierno, como es normalmente entendido en Egipto, se refiere a los diversos ministerios y departamentos del GOE. Los principales suministradores de servicios de salud del gobierno son el Ministerio de Salud (MOH), los hospitales de enseñanza, los hospitales universitarios, las Organizaciones de Seguros de Salud (HIO), el Ministerio del Interior y el Ministerio de Defensa. El sector público también forma parte del Gobierno, pero consiste en aquellas organizaciones que son financieramente autónomas del GOE. El sector público consiste principalmente en empresas y organizaciones comerciales estatales. El sector privado consiste de suministradores sin fines de lucro del sector ONG y de suministradores con fines de lucro, tales como clínicas médicas privadas, farmacias y hospitales privados.

Varios departamentos y ministerios dentro del GOE hacen un esfuerzo considerable recolectando y compilando datos sobre diversos aspectos del sistema de financiamiento de la salud, con los que se podría hacer estimaciones de las Cuentas Nacionales de Salud de forma relativamente directa. Sin embargo, en la práctica, la mayoría de las cifras que son recolectadas por el gobierno y las organizaciones privadas no son ampliamente diseminadas o

accesibles tanto para individuos privados como para los mismos funcionarios de gobierno. Adicionalmente, cuando la información está disponible, es frecuentemente contradictoria, debido a problemas de estandarización y confiabilidad en la recolección de datos en los sectores gubernamentales y público. Esto hace que las estimaciones de gastos en salud del gobierno y del sector público sean especialmente difíciles. Sin embargo, las estimaciones presentadas en este reporte corresponden a la más amplia y precisa descripción del financiamiento del sector salud en Egipto que ha podido ser compilada dada la disponibilidad existente de datos. Muchos individuos dentro del MOH, del MOF, del CAPMAS y de otras agencias de gobierno han suministrado su cooperación para este esfuerzo y, sin su ayuda, estas estimaciones no serían posibles.

Visión general

Gasto total

El gasto total en el cuidado de la salud en Egipto es estimado en LE 4.166 millones para el año fiscal 1990. Esto es equivalente al 4,7% del PIB o a LE 79 per cápita (US\$ 30 per cápita). Esta estimación es precisa dentro de un rango de 0,4% del PIB. El gasto total actual no debiera de ser más del 5,0% del PIB para el año fiscal 1990.

El nivel de gasto difiere significativamente de las estimaciones publicadas anteriormente para 1990 de un 2,6% del PIB (Banco Mundial, 1993) y de un 9,6% del PIB (Banco Mundial, 1994a) pero es mucho más precisa. Este nivel de gasto corresponde aproximadamente a la media de los países en desarrollo, aún cuando es bastante más elevado comparado con países de un nivel de ingreso equivalente al de Egipto. En términos comparativos, Egipto no es extremadamente poco gastador como tampoco muy derrochador (Tabla 1.1). Sin embargo, gasta más como porcentaje de su PIB que Jordania o Turquía, que son ambos países más ricos.

El financiamiento público total corresponde a 1,8% del PIB, mientras que el financiamiento privado contribuye con un 2,7% del PIB. El balance de un 0,2% del PIB proviene de ayuda extranjera. Mientras que los gastos públicos del sector salud son relativamente elevados en comparación con otros países de similar nivel de ingresos, los gastos privados son más altos que en la mayoría de los países en los cuales se encuentran datos más precisos². Como porcentaje de su PIB, Egipto genera más financiamiento privado para el sector salud que la mayoría de los países, lo que sugiere que la percepción de Egipto como un país con un relativamente bajo nivel de recuperación de costos en el sector salud es falso, al menos cuando se considera el sistema de salud en su totalidad.

Las Tablas 1.2 y 1.3 proveen una visión general del gasto total del sector salud por fuentes y usos.

2/ Comparado con datos de otros 65 países para los cuales DDM tiene estimaciones razonables del gasto privado en salud, Egipto aparece teniendo una proporción mayor en un 55 u 85% a los demás países. Los gastos privados como porcentaje del PIB no están relacionados con el ingreso del país y, por lo tanto, el alto nivel de gasto privado en salud en Egipto no está relacionado con su nivel de ingreso.

Tabla 1.1**Comparación del PNB per cápita y gastos de salud con respecto a otros países para 1990**

<i>País</i>	<i>PNB per cápita</i>	<i>Gastos en salud</i>	<i>Gastos en salud como porcentaje del PIB</i>		
	<i>(US\$)</i>	<i>(Per Cápita US\$)</i>	<i>Total</i>	<i>Gastos Públicos</i>	<i>Gastos Privados</i>
Sri Lanka	500	18	3,7	1,8	1,9
Indonesia	610	12	2,0	0,7	1,3
Egipto	610	30	4,7	2,0	2,7
Filipinas	730	14	2,0	1,0	1,0
Jordania	1.050	48	3,8	1,8	2,0
Túnez	1.500	76	4,9	3,3	1,6
Turquía	1.780	76	4,0	1,5	2,5
Malasia	2.520	67	3,0	1,3	1,7

Fuente: Banco Mundial (1993).

Nota: Los gastos públicos de esta tabla incluyen asistencia extranjera

La Estructura del Financiamiento del Cuidado de la Salud

Fuentes de financiamiento

Con LE 4.166 millones, el gasto es equivalente a LE 79 per cápita (US\$ 30). La mayoría del dinero proveniente de fuentes privadas corresponde a gasto privado de los hogares. La Figura 1.1 y la Tabla 1.4 resumen las contribuciones de diversas fuentes de financiamiento para el cuidado de la salud en Egipto.

En términos de fuentes de fondos primarias, el gobierno y las donaciones cuentan con un 33% de todos los fondos para el sector sanitario. El resto consiste en financiamiento privado, donde un 9% proviene de las empresas y un 58% de los hogares.

Flujo de fondos

Los LE 4.166 millones movilizados por el sector salud no solo pasan directamente de las fuentes primarias a sus usos finales. Gran parte del dinero pasa primero por intermediarios financieros, los cuales a su vez transfieren recursos a los proveedores finales de la salud. Esto se puede ver en la Figura 1.1 y en las Tablas 1.4 y 1.5. La mayoría de los intermediarios en el flujo de fondos son el MOH, MOE, MOSA, otros Ministerios, SIO, las compañías de seguro

privado y los sindicatos. Sin embargo, las empresas y los hogares pasan la mayoría, si no todo, de su financiamiento directamente a los proveedores finales de salud.

Es importante destacar que la dirección del flujo de fondos varía ampliamente dependiendo de su fuente, y que los diferentes intermediarios son financiados por fuentes bastante diversas. El flujo de fondos muestra una verticalidad considerable, con una transferencia limitada de dinero entre los tres mayores patrones de financiamiento.

El primer patrón corresponde al financiamiento del MOF, el cual principalmente va hacia otros Ministerios, los que a su vez transfieren el dinero a los proveedores gubernamentales de la salud. Los fondos donados muestran un patrón similar, aún cuando una gran proporción va hacia el MOH. Muy poco del MOF y de los fondos donados es transferido hacia varias aseguradoras intermediarias y, virtualmente ninguna pasa últimamente hacia los proveedores privados del sector. Ambos, el MOF y los fondos donados, corresponden aproximadamente a un tercio de los fondos totales para el sector de la salud.

El segundo patrón de financiamiento corresponde al seguro social. La mayoría del financiamiento de las empresas y una pequeña proporción de los fondos provenientes de los hogares pasan hacia el SIO y el PIO, los que a su vez financian a HIO. El HIO actúa esencialmente como una combinación de proveedor y de financista, utilizando la mayoría de sus ingresos para financiar los servicios que él mismo provee. Sólo un insignificante monto de los fondos de este segundo patrón llega al Gobierno o a los proveedores privados. Casi un décimo de los fondos del sector salud pasa a través del mecanismo del seguro social.

El tercer patrón corresponde al financiamiento directo por parte de los hogares. Virtualmente, todos los proveedores del sector salud en Egipto obtienen ingresos del gasto directo de los hogares pero, para la mayoría de los gobiernos y de los proveedores públicos, los montos involucrados son insignificantes típicamente menos del 5% del financiamiento total recibido. El único proveedor gubernamental que recibe un significativo aporte de los hogares son los hospitales universitarios, que obtienen aproximadamente un 14% de sus fondos a través de los pagos hechos por los usuarios. Más de un 90% del financiamiento de los hogares pasa directamente a los proveedores privados del sector salud, sin intermediario financiero. Estos proveedores del sector privado corresponden a ONG, clínicas privadas y hospitales, farmacias y otros proveedores con fines de lucro. Un poco más de la mitad de los fondos del sector salud consiste en pagos directos de los hogares a los proveedores privados.

Uso de fondos

Del menos de un tercio del financiamiento total proveniente del Ministerio de Finanzas, menos de un 54% es de hecho gastado por el MOH. Más de un 45% es transferido hacia otras instituciones y agencias tales como hospitales de enseñanza, MOE (que financia a los hospitales universitarios), CCO y otras instalaciones operadas por otros Ministerios. En total, el MOH recibe solamente un 19% de los recursos financieros totales del sector salud, la mayoría de los cuales provienen del MOF, pero una cantidad apreciable también proviene de donaciones internacionales. Dado este perfil de gasto, parece que el MOH no tiene una posición predominante dentro del sector sanitario desde una perspectiva financiera. Con un 0,7%, el monto de sus propios recursos que el GOE le da al MOH es bajo con respecto a otros países en desarrollo.

El modesto rol del MOH es confirmado más adelante, cuando son examinados los usos finales del dinero que llega al sector salud. Mientras un 19% del financiamiento total de la salud es gastado en instalaciones del MOH, casi un 24% del gasto en salud se localiza en otras instalaciones públicas o gubernamentales de la salud. Esto ocurre porque otros proveedores de cuidados, como los hospitales universitarios, HIO, etc., tienen una base financiera más diversificada que el MOH. Ellos son mucho menos dependientes del financiamiento del MOF, aún cuando reciben considerables subsidios públicos. Los niveles de recuperación de costos en estas otras instalaciones públicas son también mayores que en las instalaciones del MOH. Los hospitales universitarios y las HIO son un importante recipiente de gasto del sector salud. Cada uno de ellos cuenta con alrededor del 8% del gasto total de la salud. Los otros proveedores gubernamentales que no son MOH son relativamente insignificantes.

Casi la mitad del gasto total en salud (55%) es utilizado por los proveedores del sector privado. La mayor parte se gasta comprando medicamentos en las farmacias o pagando los servicios de doctores en las clínicas privadas. Otros proveedores privados como los hospitales privados, ONG y otros, también reciben significativos fondos. Prácticamente, la mayoría de los fondos del sector privado son utilizados en el cuidado ambulatorio, y solo una pequeña proporción (menos del 10%) es usado en el cuidado de pacientes hospitalizados. En conclusión, una gran proporción del financiamiento del sector salud es utilizado en la compra de medicamentos (sobre un 35%) y la mayoría en farmacias del sector privado.

Tabla 1.2
Matriz de Cuentas Nacionales de Salud para Egipto, 1990/ 91 (LE millones)

	Fuentes de financiamiento										
	Presupuesto de la salud	Ministerio de Finanzas			SJO/PIO	Ayuda Internacional oficial	ONGExtranjeras	Empresas	Seguro privado/sindicatos	Hogares	Total
	Ministerio de Educación	MOSA	Otros Ministerios								
MOH	647					135				15	797
Hospitales de enseñanza	60					3				4	67
Hospitales universitarios		270				24				48	342
HIO	64				280			~1		19	364
CCOs	38					1		~30	~3	~38	108
Agencias especializadas	20					2					22
Otros públicos				~100							~100
Hospitales privados								~20	~8	170	198
Clínicas privadas						5		~6	~4	650	665
Otros modernos privados								~1	~1	~80	~82
Farmacias								~10	~14	1,230	1,254
ONG			7			11	~5	~2		~30	~55
Tradicional										20	20
Otros					90						90
Total	829	270	7	~100	370	180	~5	~70	~30	2,304	4,166

1. El total de LE 4.166 millones es equivalente a 4,7% de PGB en 1990/ 91 (o 5,1% de PNB). Esto es equivalente a LE 79 per cápita (US\$ 30 per cápita)

2. Todas las cifras son en LE nominales

3. La mayoría de las cifras son estimaciones. Los números marcados con un ~ están asociados a un considerable error potencial.

4. Los totales no igualan necesariamente la suma de las filas y columnas, debido a redondeos

5. MOSA es Ministerio de Asuntos Sociales.

6. SJO es la Organización de Seguro Social. Los costos administrativos asociados con la recolección de primas de HIO son incluidos en la tabla bajo "Otros." Estos gastos no son usados directamente para la provisión de servicios de la salud pero se incluyen porque comprenden parte de los costos del mecanismo de financiamiento.

7. Por razones explicadas en el Capítulo 2, las cifras para los gastos de MOH reportados en la matriz no corresponden a las cifras reportadas en ese capítulo.

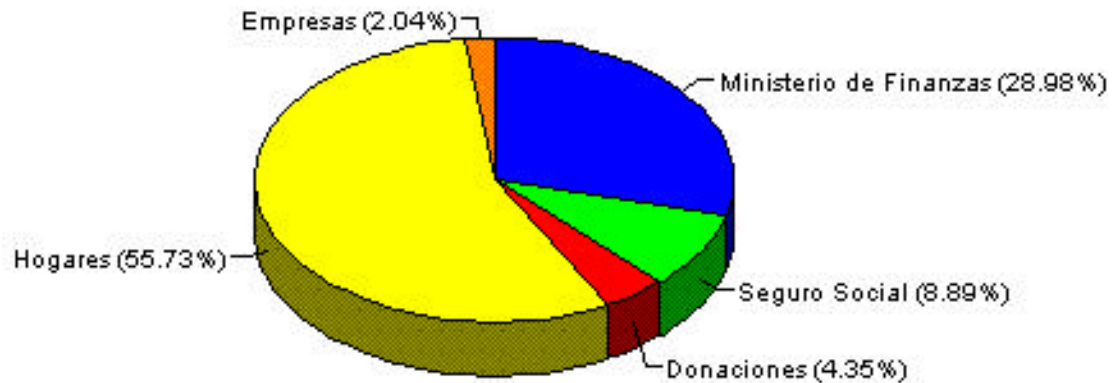
Tabla 1.3**Matriz de Cuentas Nacionales de Salud para Egipto, 1990/ 91 (como proporción del total)**

	<i>Fuentes de financiamiento</i>										
	<i>Ministerio de Finanzas</i>				<i>SIO/ PIO</i>	<i>Ayuda Internacional</i>	<i>ONG Extranjeras</i>	<i>Empresas</i>	<i>Seguro privado/sindic atos</i>	<i>Hogares</i>	<i>Total</i>
	<i>Presup para salud</i>	<i>Ministerio de Educació</i>	<i>MOSA</i>	<i>Otros ministeri</i>							
MOH	16%					3%					19%
Hospitales instrucción	1 %										2%
Hospitales universitarios						1%			1%		8%
HIO	2%				7%						9%
CCOs	1%								1%		2%
Agencias especializadas											1%
Otros públicos				2%							2%
Hospitales privados								1%		4%	5%
Clínicas privadas										16%	16%
Otros modernos privados										2%	2%
Farmacias										30%	30%
ONG										1%	1%
Tradicional											
Otros					2%						2%
Total	20%	6%		2%	9%	4%		2%	1%	55%	100%

Nota:

1. Sólo las cantidades mayores a 0,5% de los totales son dadas. Para cifras efectivas, vea la tabla previa.

**Figura 1.1: Ponderación de la Salud
Egipcia: De dónde viene**



Total = LE 4,166 millones en FY90

**Figura 1.2: Ponderación de la Salud
Egipcia: A dónde va**



Total = LE 4,166 millones en FY90

Figura 3
Flujo de Fondos del Sistema de Financiamiento de la Salud en Egipto FY90 (LE millones)

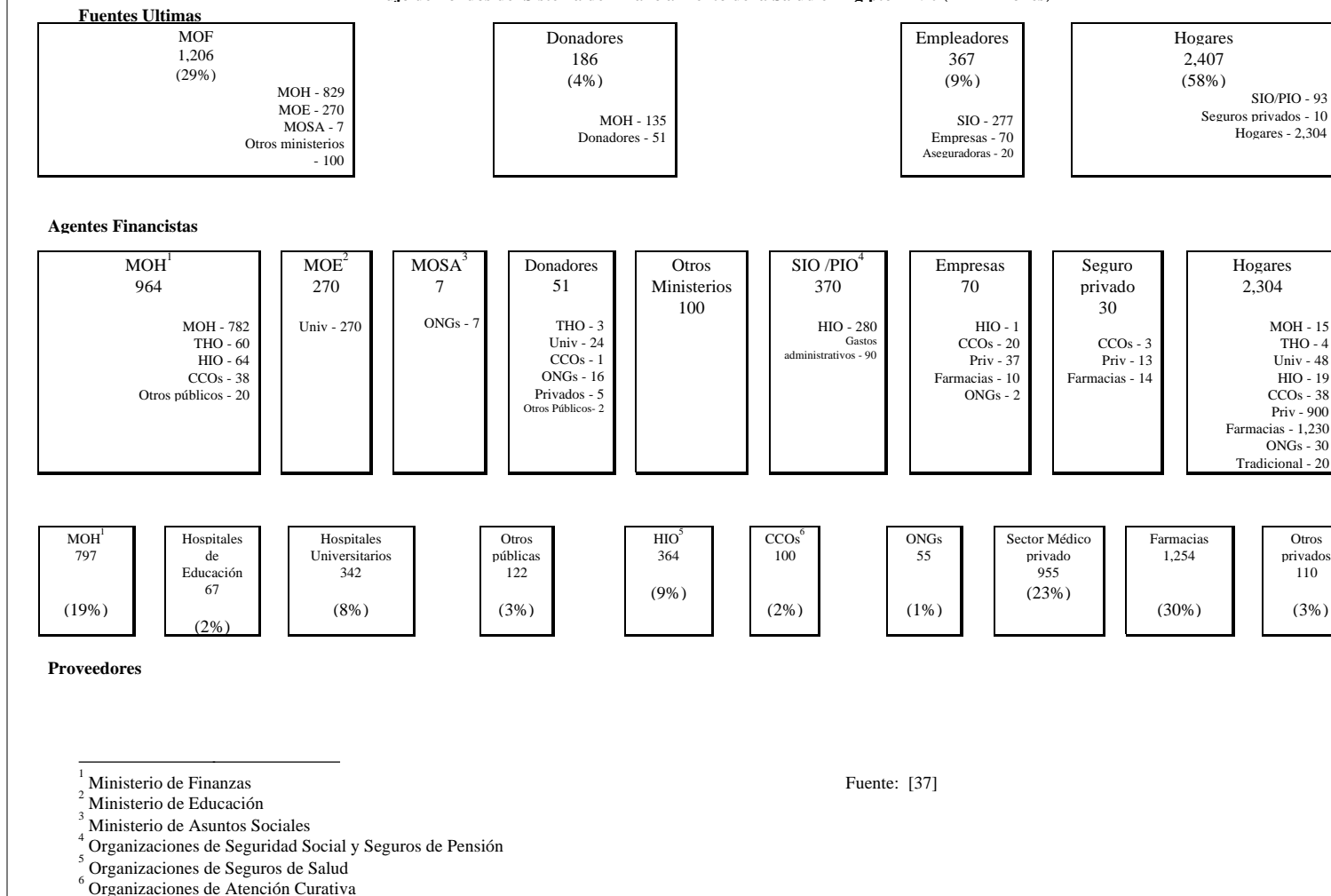


Tabla 1.4

Flujos de financiamiento, Egipto 1990/ 91: Fuentes de los agentes de financiamiento (LE millones)

		<i>Fuentes</i>				Total
		MOF	Donacione	Empleador	Hogares	
<i>Agentes de Financiamiento</i>	MOF	182 (4.4%)				182 (4.4%)
	MOH	647 (15.5%)	135 (3.2%)			782 (18.8%)
	MOE	270 (6.5%)				270 (6.5%)
	MOSA	7 (0.2%)				7 (0.2%)
	Otros ministerios	100 (2.4%)				100 (2.4%)
	Donaciones		51 (1.2%)			51 (1.2%)
	SIO/PIO			277 (6.6%)	93 (2.2%)	370 (8.9%)
	Empresas			70 (1.7%)		70 (1.7%)
	Seguro privado/ Sindicatos			20 (0.5%)	10 (0.2%)	30 (0.7%)
	Hogares				2,304 (55.3%)	2,304 (55.3%)
Total	1,206 (28.9%)	186 (4.5%)	367 (8.8%)	2,407 (57.8%)	4,166 (100%)	

Nota: El porcentaje de cada total está entre paréntesis. Los empleadores incluyen todas las organizaciones, entidades e individuos que emplean a otras personas. Esta columna cubre todos los pagos hechos con el expreso e inmediato propósito de obtener cuidado de la salud por sus respectivos empleados. Estos consisten de empresas privadas y públicas, así como de GOE.

Tabla 1.5

Flujos de financiamiento, Egipto 1990/ 91: Agentes de financiamiento a proveedores (LE millones)

		Agentes de financiamiento										
		MOF	MOH	MOE	MOSA	Otros ministerios	SIO/PIO	Donaciones	Empresas	Seguro privado	Hogares	Total
Proveedores	MOH		782 (19%)								15 (0.4%)	797 (19.1%)
	Hospitales de enseñanza	60 (1.4%)						3 (0.0%)			4 (0.1%)	67 (1.6%)
	Hospitales universitarios			270 (6.5%)				24 (0.5%)			48 (1.2%)	342 (8.2%)
	Otros gobierno	20 (0.5%)				100 (0.0%)		2 (0.0%)				122 (2.9%)
	Instalaciones de HIO	64 (1.5%)					280 (6.7%)		1 (0.0%)		19 (0.5%)	364 (8.7%)
	CCO	38 (1.0%)						1 (0.0%)	20 (0.5%)	3 (1.0%)	38 (1.0%)	100 (2.4%)
	ONG				7 (0.0%)			16 (0.4%)	2 (0.0%)		30 (0.7%)	55 (1.3%)
	Proveedores médicos privados							5 (0.1%)	37 (0.9%)	13 (0.3%)	900 (21.6%)	955 (22.9%)
	Farmacias								10 (0.2%)	14 (0.3%)	1,230 (29.5%)	1,254 (30.1%)
	Otros										20 (0.5%)	20 (0.5%)
	SIO costos administrativo						90 (2.2%)					90 (2.2%)
	Total	182 (4.4%)	782 (19%)	270 (6.5%)	7 (0.0%)	100 (0.0%)	370 (8.9%)	51 (1.2%)	70 (1.7%)	30 (0.5%)	2,304 (55.3%)	4,166 (100%)

Nota: Los porcentajes de cada total están entre paréntesis

2 Revisión del financiamiento de la salud por fuentes y usos

Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud es el único mayor financista institucional y proveedor de servicios para el cuidado de la salud en Egipto. Utiliza aproximadamente 60% del presupuesto total de la salud autorizado por el MOF. Parte de éste es transferido directamente a los cuarteles del MOH de El Cairo, pero el grueso consiste en gastos tomados por las gobernaciones a nivel local. El dinero es transferido directamente a los directorios de cada gobernación por el MOF. Los directorios deben entonces asignar y gastar el dinero, aunque en la práctica el monto disponible para gasto discrecional es pequeño. La posibilidad para gasto a discreción, en particular el nivel de salarios y el número de funcionarios autorizado, son predeterminados en El Cairo.

El dinero asignado para los cuarteles es usado para pagar los costos de administrar el Ministerio de Salud y por un número de programas administrados centralizadamente. Varios de estos programas, tal como el Programa de Planificación Familiar, proveen bienes, personal y otros recursos a cada una de las gobernaciones. Es importante notar que una proporción sustancial de los gastos que aparecen en las cuentas centrales del MOH actualmente, financian recursos utilizados por las propias gobernaciones. Existe un número de agencias y organizaciones que reciben parte de sus fondos a través del presupuesto oficial de la salud del Gobierno, tales como los Hospitales de Enseñanza y las Organizaciones Institucionales y las Organizaciones de Cuidado Curativo, pero que son financieramente autónomas¹. Para propósitos de estimación, estas organizaciones son tratadas separadamente aún cuando varias de ellas están oficialmente bajo la autoridad directa del Ministerio de Salud.

Fuente de Datos

La determinación del gasto total del MOH y la desagregación por fuentes y usos de fondos no es fácil. El Ministerio utiliza el mismo sistema de contabilidad que es usado por otros departamentos de gobierno en Egipto. El sistema enfatiza el control financiero, y está organizado exclusivamente de acuerdo a la distribución organizacional de insumos. En este caso, los insumos claves son los salarios,

1/ En la contabilidad oficial del MOF, las transferencias a organizaciones tales como THIO y CCO son consideradas parte del presupuesto de la salud. Este presupuesto de salud también incluye las asignaciones a las oficinas centrales del MOH y a cada una de las gobernaciones. Para evitar confusiones entre el gran presupuesto global de la salud y los gastos directos del MOH, la siguiente convención es usada en este trabajo.

provisiones y fondos para la inversión de capital, lo que corresponde aproximadamente a los cuatro encabezamientos del presupuesto, también conocidos como encabezamientos de capítulos o "Babs". El Capítulo 1 se refiere a salarios, el Capítulo 2 a gastos recurrentes no salariales, el Capítulo 3 a compras de capital e inversiones y el Capítulo 4 a pago de la deuda y otras transferencias de inversión. El sistema de contabilidad no está diseñado como un instrumento de control administrativo de planificación económica y, por lo tanto, no permite el análisis de gastos por programa o tarea.

Las cuentas generales y detalladas de gastos totales efectivos por parte de MOH a nivel central y local no están disponibles dentro de las oficinas centrales del MOH, al menos dentro del DOP.² Las cifras sobre las asignaciones presupuestarias se encuentran relativamente disponibles, pero en años recientes ha existido discrepancias considerables entre gastos presupuestados y efectivos. El DOP intentó encuestar a las diversas gobernaciones para determinar su nivel de gastos. Sin embargo, este ejercicio no prosperó, ya que la mayoría de las gobernaciones reportaron ya sea datos sobre gastos de manera incompleta o imprecisa o, en otros casos, no hubo reporte. La carencia de transparencia del sistema presupuestario a nivel de gobernaciones no resulta sorprendente. En la práctica, la única fuente de datos fiable sobre gastos efectivos es el MOF.

Mientras algunos intentos han sido hechos por el MOF de computarizar las cuentas financieras de los Ministerios, encontramos que las cuentas de gastos detalladas y desagregadas del MOH no están disponibles de manera inmediata. Para determinar los gastos efectivos, fue necesario revisar manualmente los registros escritos de cada gobernación del MOF en El Cairo, identificando y ordenando separadamente aquellos gastos que están relacionados con la salud. A principios de 1995, las cuentas auditadas y corregidas de las gobernaciones estaban hasta FY92 y, por lo tanto, este reporte sólo suministra datos hasta FY92.

La contabilidad mantenida por el MOF incluye los gastos relacionados con donaciones. Cuando los donadores internacionales entregan asistencia directa al MOH, es una práctica del MOF incluir estos gastos como parte de la contabilidad del MOH. Cuando las donaciones son hechas en especies, el MOF las valúa al costo y luego las incluye en la contabilidad. Sin embargo, mientras ha sido posible determinar el gasto total del MOH, no fue posible determinar qué proporción de estos gastos corresponden a apoyo directo o indirecto de donaciones internacionales, ya que éstos no son registrados separadamente por el MOF. Comparaciones de registros disponibles en el MOH sobre proyectos financiados por donaciones con los registros disponibles de los donadores, indican que algunas hechas al MOH no están incluidas lo que refleja el costo total de las cuentas de gastos del MOH. Esto puede ser por diferentes razones. Por ejemplo, un donante puede financiar directamente la provisión de servicios por un contratista para el MOH, sin hacer ninguna transferencia al MOH.

² El presupuesto del MOH es visto incluyendo solo aquellos gastos de las oficinas centrales del MOH y de los directorios de la salud a nivel de gobernación. Otras transferencias del MOF a organizaciones bajo la supervisión administrativa del Ministerio de la Salud, pero que son autónomas del MOH, son tratadas separadamente del presupuesto del presupuesto del MOH.

También algunas donaciones que benefician al MOH pueden venir de programas que no fueron negociados en forma directa con el MOH; por ejemplo, las becas para entrenamiento de individuos, que no son definidos específicamente para apoyo del MOH, pero que pueden ser usadas por personal del MOH.

En el caso de cobros a usuarios y otros dineros ganados por las instalaciones individuales y gobernaciones, éstas son incluidas cuando son reportadas al MOF. Sin embargo, una proporción considerable de tales ingresos generados por las instalaciones individuales puede no ser reportado al MOF, de acuerdo a fuentes internas del MOH.

Debido a estos problemas, las cuentas auditadas del MOF no reflejan el verdadero nivel de ayuda alcanzado en la provisión de servicios del MOH. Sin embargo, no es posible determinar certeramente la diferencia entre el verdadero nivel y el auditado. Por esta razón, dos diferentes conjuntos de cifras de gastos del MOH son reportados en este estudio. El primer conjunto, dado en este capítulo, corresponde a las cifras auditadas por el MOF de los gastos del MOH. Usando estas cifras se realiza un análisis del capítulo, de las asignaciones de gobernaciones y de las tendencias en el tiempo. Sin embargo, para estimar los gastos totales nacionales en salud de la matriz final de NHA, estas cifras son ajustadas hacia arriba tomando en consideración los apoyos de donaciones al MOH que no han sido contabilizadas y los cobros a usuarios no reportados a nivel de cada gobernación.

Como se ha dicho, todas las cifras presentadas corresponden a gastos efectivos auditados por el MOH a nivel central y de gobernación. Estos no son equivalentes a los montos presupuestados. En general, los gastos efectivos son mayores a los montos originalmente presupuestados por el GOE para un año determinado.

Análisis de los gastos del MOH

Como se muestra en la Tabla 2.1, los gastos globales del MOH crecieron en términos nominales durante FY89-92 desde LE 644 millones a LE 1.213 millones. Sin embargo, esto representó sólo un 14% de incremento en términos reales, equivalente a un incremento del 5% de financiamiento real per cápita. Durante este período, la participación de las gobernaciones en los gastos efectivos del MOH declinó desde un 89% a un 75%, debido a un incremento significativo de la participación de recursos asignados a nivel central del MOH. Consecuentemente, tomando una base real per cápita, el monto de recursos directamente asignados a la mayoría de las gobernaciones cayó substancialmente. Las pocas excepciones corresponden a las gobernaciones de Ismailia, Minya, Mar Rojo y Nuevo Valle, las cuales se beneficiaron de importantes incrementos de financiamiento (Tabla 2.2).

2/ La principal responsabilidad del DOP dentro del MOH ha sido planificar y asignar los gastos del capítulo 3, así que DOP previamente solo ha tenido acceso a datos en este ítem del presupuesto. Sin embargo, si DOP va a conducir un efectivo análisis y planificación de los gastos globales del MOH, requeriría un mínimo acceso a los datos del presupuesto global y a los gastos efectivos del MOH.

En el anexo, las Tablas A2.1 a A2.9 entregan con mayor detalle la desagregación de gastos efectivos a nivel central del MOH y de las gobernaciones para FY89-92, con una desagregación por capítulo para FY92. Las Tablas A2.1 y A2.3 muestran las tendencias en gasto real per cápita para FY89-92, y la desagregación porcentual del gasto para FY92. Estas cifras indican que no hubo cambios significativos a niveles de financiamiento per cápita durante FY89-92. La información más detallada para otros años es suministrada en las demás Tablas Anexas.

El nivel relativamente constante del gasto per cápita durante estos cuatro años esconde un cambio significativo en la composición del gasto. Cuando el gasto es analizado por capítulos, es evidente una disminución en la asignación del capítulo 1, el cual corresponde a sueldos y otras compensaciones de personal. Los gastos del capítulo 1 decayeron desde un 64% del total en FY89 a un 49% durante el FY92 (Diagrama A2.1). Existe un incremento equivalente en el gasto del capítulo 2.

Tabla 2.1
Tendencias Globales en Gastos del MOH, FY89-92

Nivel	Año fiscal			
	FY89	FY90	FY91	FY92
Gastos (LE nominal)				
MOH oficina principal	69.986.070	91.270.315	209.532.964	293.205.004
Gobernaciones	574.193.008	657.190.042	837.876.604	920.087.837
Total	644.179.078	748.460.357	1.047.409.568	1.213.292.841
% cambio durante FY89-92				+88%
Gastos (LE reales de 1987)				
MOH oficina principal	47.552.799	51.679.443	98.314.795	120.177.781
Gobernaciones	390.141.710	372.116.774	393.139.413	377.122.194
Total	437.694.509	423.796.216	491.454.208	493.256.492
% cambio durante FY89-92				+14%
Gastos per cápita (LE reales de 1987)				
MOH oficina principal	0,93	0,99	1,82	2,17
Gobernaciones	7,64	7,10	7,29	6,80
Total	8,57	8,08	9,11	8,94
% cambio durante FY89-92				+5%
Gastos (asignación en porcentaje)				
MOH oficina principal	10,9%	12,2%	20,0%	24,2%
Gobernaciones	89,1%	87,8%	80,0%	75,8%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Basado en datos recolectados del MOF por DOP

Nota: El gasto real estimado se basa en el índice dado en Tabla A1.3 del Anexo. Este es 100 a mediados de 1987, es decir a comienzos de FY87.

Tabla 2.2**Gastos totales del MOH, FY89-92 (efectivos en LE nominal)**

<i>Nivel</i>	<i>Año fiscal</i>			
	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
MOH oficina principal	69.986.070	91.270.315	209.532.964	293.205.004
El Cairo	67.215.303	75.840.726	82.025.251	88.186.210
Alejaandría	42.545.496	48.452.855	50.817.750	64.414.535
Suez	7.284.515	7.379.518	9.083.105	10.265.593
Puerto Said	10.415.545	11.781.947	14.298.129	16.114.968
Ismailia	8.590.644	11.530.230	17.465.567	17.733.541
Daqahlia	39.231.651	44.407.767	59.764.422	61.481.304
Gharbia	39.212.088	47.106.717	54.578.529	61.024.278
Qalyoubia	27.858.217	30.551.463	35.738.870	39.858.543
Damietta	14.668.649	19.004.810	21.900.295	21.690.059
Sharqia	32.539.304	43.313.667	54.260.649	49.074.982
Beheira	33.691.974	37.725.870	48.198.457	43.671.288
Menoufia	24.976.053	27.518.468	34.708.140	38.946.072
Kafr El Sheikh	18.994.522	21.487.127	28.974.291	32.092.094
Giza	32.157.035	36.396.313	46.229.587	50.243.668
Fayoum	16.687.716	18.852.947	21.738.310	24.129.574
Assiut	25.400.588	29.318.344	38.759.278	41.051.226
Beni Suef	20.611.299	22.994.460	34.446.626	28.606.427
Aswan	17.666.021	19.506.270	23.998.566	29.509.395
Luxor	2.426.844	8.063.873	6.784.153	10.077.050
Sohag	21.295.632	24.152.683	29.465.227	34.805.844
Minya	27.822.178	30.094.534	69.159.870	81.897.455
Qena	20.907.885	17.802.337	27.194.188	31.701.654
Matrouh	3.686.726	3.659.208	4.565.649	5.150.313
Mar Rojo	4.000.464	3.845.349	5.135.748	9.341.555
Sinaí Norte	6.106.172	6.975.404	6.914.740	7.883.571
Sinaí Sur	2.424.606	2.772.711	3.423.388	4.757.120
Nuevo Valle	5.775.881	6.654.444	8.247.819	16.379.518
Total	644.179.078	748.460.357	1.047.409.568	1.213.292.841

Fuente: MOF y DOP. Todas las cifras corresponden a gastos efectivos en LE nominales.

Recuperación de costos

A las instalaciones del MOH se les permite generar sus propios ingresos a través de varios medios, los que incluyen el cobro a usuarios en unidades especiales o departamentos conocidos como 'departamentos económicos'. Es muy difícil determinar el grado de recuperación de costos que existe, ya que las gobernaciones no requieren reportar este tipo de ingresos al MOF. Además, aunque las instalaciones y las gobernaciones debieran enviar una proporción fija de todos estos ingresos al MOF, frecuentemente no lo hacen.³

El DOP, en su estudio de gobernaciones, requirió información sobre el autofinanciamiento o los ingresos por paciente generados por cada gobernación. La mayoría de las gobernaciones no proporcionó esta información, y cuando lo hacían estaba incompleto o mostraban considerables inconsistencias. Se cree que los ingresos por autofinanciamiento reportados por las gobernaciones subestima el valor efectivo. No obstante, estas cifras dan una indicación sobre la magnitud de recuperación de costos que se produce en las instalaciones de cada gobernación. La Tabla 2.3 resume la información sobre los ingresos por pacientes y autofinanciamiento reportados en la encuesta.

Tabla 2.3

Ingreso de autofinanciamiento reportados por las gobernaciones, FY89-92 (LE millones)

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Ingreso total reportado de pacientes	6,6	3,1	3,5	5,2
Número de gobernaciones reportadas	9	11	8	11
Gasto total reportado por gobernaciones	209,5	279,6	263,4	396,1
Nivel de recuperación de costo en la muestra	3,1%	1,1%	1,3%	1,3%

Nota: Basado en datos reportados a DOP (1994)

Sobre la base de estos datos, es razonable asumir que las instalaciones del MOH a nivel de gobernación están alcanzando un nivel de recuperación de costos equivalente al 1-2% de los gastos totales. Con el propósito de estimar las NHA para FY90, se asume que el nivel de recuperación de costos de todas las gobernaciones durante FY89- 92 corresponde al promedio de lo reportado por las gobernaciones precedentes, es decir, un 1,7% de los gastos totales. Esto da una estimación conservadora del total de autofinanciamiento de las gobernaciones (Tabla 2.4).

3/ Esto no es un problema. En Malasia, los datos de una encuesta reportados por Meerman (1979) sugieren que más de la mitad de los cargos a usuarios recolectados por instalaciones del MOH fueron inapropiadamente retenidos por instalaciones individuales en lugar de ser reportados y transferidos al Ministerio de Finanzas.

Tabla 2.4**Autofinanciamiento de todas las gobernaciones, FY89- 92 (Estimados, LE millones)**

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gasto total de las gobernaciones	574,2	657,2	837,9	920,1
Supuesto nivel de recuperación de costo	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%
Ingreso estimado por autofinanciamiento	9,8	11,2	14,2	15,6

Nota: Basado en datos reportados a DOP (1994)

Usos de Fondos

El análisis de cifras de gasto presupuestario del MOH entrega poca información sobre los usos efectivos de los fondos envueltos ya que los gastos son registrados solamente bajo el sistema de capítulos. Sin embargo, virtualmente todos los fondos del MOH (> 99%) son usados para autofinanciarse. El MOH no gasta montos significativos en financiamiento de servicios de otros proveedores. La mayoría de estos recursos son gastados por las gobernaciones, y la mayoría de los montos gastados remanentes por la oficina principal del MOH es gastado en suministrar servicios entregados a nivel de gobernación por instalaciones del MOH.

Los gastos en medicamentos del MOH son comparativamente bajos. Es difícil dar una cifra exacta, pero en el Capítulo 3, los gastos van desde 15% a 30% del total en años recientes. El Capítulo 2 es usado para pagar medicamentos, materiales y otros costos recurrentes no salariales, tales como servicios básicos. Es improbable que las compras de medicamentos expliquen más del 70% de los gastos del Capítulo 2, por lo tanto es probable que los gastos totales en medicamentos del MOH estén en el rango del 10% a un 20% del total de gastos del MOH en años recientes.

Hospitales de Enseñanza e Institutos de Organización

Los Hospitales de Enseñanza e Institutos de Organización (THIO) son entidades separadas de la autoridad del MOH, el cual es directamente responsable ante el Ministro de Salud. Administra ocho Hospitales Generales de Enseñanza y ocho institutos de investigación, incluyendo el Instituto para Medicina Tropical, Instituto de Otorrinolaringología, Instituto de Poliomiéltis, Instituto de Investigación de Entomología, Instituto de Nutrición y el Instituto de Diabetes. Se localizan principalmente dentro o cerca de El Cairo (Mapa 2.4) y, por lo tanto, sirven a una pequeña proporción de la población. A mediados de 1992, las

instalaciones contaban con un total de 4.654 camas, el cual fue un 4% del total reportado (Kemprecos, 1994). Estas instalaciones se financian principalmente con transferencias del MOF, así como algunas donaciones ocasionales de ayuda internacional. Una parte de los ingresos se recaudan de los cobros a pacientes, que son aproximadamente 6-7% de sus costos totales.

La Tabla 2.5 corresponde a los gastos e ingresos totales estimados por fuente para la organización de los hospitales de enseñanza. También se presentan estimaciones de gastos en sueldos y medicamentos.

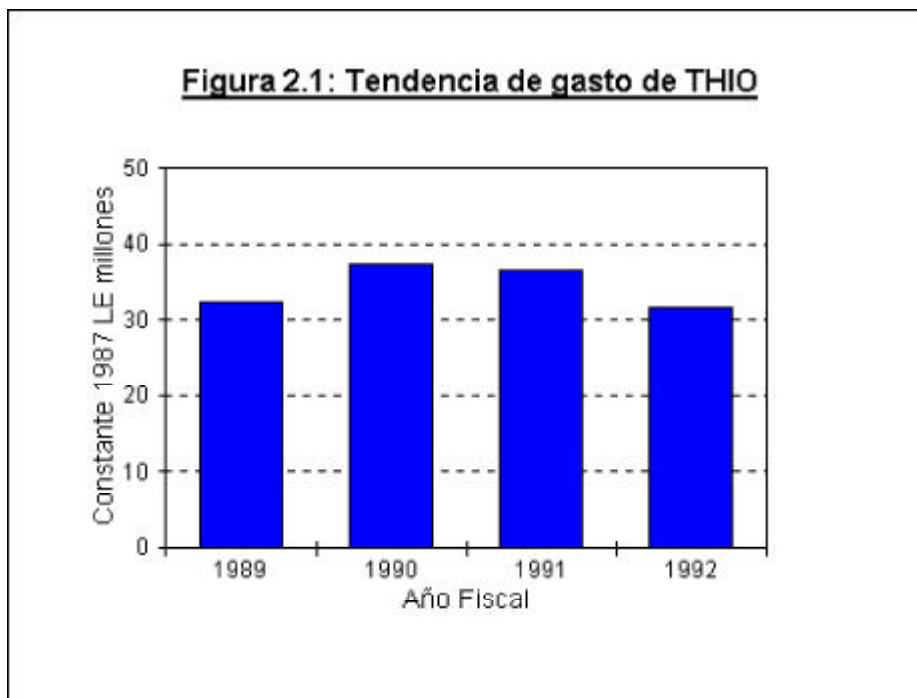
Tabla 2.5

Gastos de Hospitales de Enseñanza e Institutos de Organización (LE millones)

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos totales	47,491	65,863	77,882	77,086
Gastos en sueldos	na	17,340	19,412	23,077
Gastos en medicamentos	na	6,273	14,951	9,020
Gastos en sueldos (% del total)	na	26 %	25 %	30 %
Gastos en medicamentos (% del total)	na	10 %	19 %	12 %
Ingresos por pacientes	na	4,020	5,550	5,693
Ingresos por pacientes (% de gastos totales)	na	6 %	7 %	7 %
Gasto estimado por cama (LE)	10.204	14.152	16.734	16.563

Nota: Vea el Anexo Estadístico para mayores detalles. Cifras basadas en datos suministrados a DOP por hospitales de instrucción y MOF. No está claro si el súbito incremento del gasto en medicamentos en FY91 es un cambio real o es un error en los datos reportados a DOP. Los gastos por cama se basan en el número de camas en FY92, y son así una subestimación para los años precedentes. DOP fue incapaz de obtener datos oficiales del número de camas para años precedentes.

Los hospitales de enseñanza tienen una mayor autonomía financiera y administrativa que otros hospitales del MOH. Son considerados generalmente con un cuidado de mayor calidad que otras instalaciones del MOH, y esto probablemente explica su más alta tasa de recuperación de costos. No obstante, durante el período bajo estudio, el monto de recursos presupuestados para el THIO cayó desde LE 0,63 a LE 0,57 per cápita, medido en términos reales de 1987 (Figura 2.1). Esto contrasta con el presupuesto principal del MOH, que mostró un leve incremento durante este período.



Organización de Seguro de Salud

La Organización de Seguro de Salud (HIO) es una organización gubernamental bajo el MOH, que proporciona seguro de salud obligatorio a los trabajadores del sector formal. Fue establecido en 1964 con el objetivo de cubrir eventualmente al total de la población. Por diversas razones, ésto no ha sucedido. La cobertura ha sido extendida a tres grandes grupos de beneficiarios bajo diferentes actos de legislación: (i) empleados gubernamentales (Ley 32), (ii) empleados del sector público y privado, y gubernamental¹ (Ley 79), y (iii) viudas y pensionados. El número de beneficiarios aumentó de 140.000 en 1965 a 4.895.000 en 1992 (Tabla 2.6). Recientemente, el HIO ha tomado la responsabilidad de extender la cobertura del seguro a niños escolares bajo un programa separado, que empezó en 1993. El nuevo Programa de Seguro de la Salud Escolar (SHIP) había enrolado sobre 10 millones de estudiantes a fines de 1992.²

1/ Los Empleados gubernamentales pueden ser cubiertos tanto bajo la Ley 32 como la Ley 79. La distinción determina la contribución relativa pagada por el empleado y el empleador.

2/ De acuerdo a datos suministrados por HIO.

Tabla 2.6
Número de beneficiarios de HIO, 1965-1992

	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1992
Número de beneficiarios ('000s)	140	318	602	1.651	3.225	4.359	4.895

Fuente: HIO Informe Anual 1993

HIO se organiza en ramas regionales, que son supervisadas por una oficina principal localizada en El Cairo. En FY92, el número de ramas regionales disminuyó a seis, con la fusión de las ramas de Assiut y Aswan en una oficina de Assiut (Mapa 2.1). El SHIP es administrado separadamente de estas sucursales y constituye el componente más nuevo de HIO. El grado de cobertura dentro de las seis regiones varía considerablemente, desde 16% de la población total en Delta del NorOeste a 5,8% en la rama de Assiut (Tabla 2.7). Esto es debido a diferencias en tamaño y composición del empleo en el sector formal a través del país. Aunque una desagregación regional de cobertura para SHIP no estuvo disponible, es probable que el nivel de cobertura de este programa también exhiba variaciones similares, obedeciendo a diferencias geográficas en matrícula escolar entre la población en edad escolar, lo que favorece a las gobernaciones más urbanizadas y desarrolladas del Bajo Egipto.

Tabla 2.7
Distribución de beneficiarios de HIO ('000s) por rama, FY91

<i>Rama regional</i>	<i>Beneficiarios</i>				<i>Población</i>	<i>Tasa de Cobertura (%)</i>
	<i>Ley 32</i>	<i>Ley 79</i>	<i>Pensionistas/ Viudos</i>	<i>Total</i>		
El Cairo	222	459	126	807	6.588	12,2
Delta del Noroeste	154	823	155	1.132	7.090	16,0
Canal y Delta Oriental	750	220	80	1.050	13.105	8,0
Delta Medio	512	144	60	716	7.688	9,3
Giza & N. Alto Egipto	420	201	54	675	10.541	6,4
Assiut & S. Alto Egipto	423	67	25	515	8.908	5,8
Total	2.481	1.914	500	4.895	53.920	9,1

Fuente: DOP, HIO y CAPMAS

Las ramas regionales administran una red de hospitales, clínicas y farmacias que proporcionan servicios a los beneficiarios. Además, HIO contrata un gran número de doctores y otras instalaciones para proporcionar servicios a su población asegurada. El papel de contratista aumentará bajo el SHIP. Todos los beneficiarios deben enrolarse con un GP designado por HIO, que les puede proporcionar tratamiento o bien referirlos a especialistas del HIO. No están permitidas las consultas a un especialista sin previa referencia de un GP. HIO empleó aproximadamente 3.193 médicos de jornada completa, 183 dentistas, 250 enfermeras y 808 farmacéuticos, y sus instalaciones contaban con aproximadamente 4.950 camas a mediados de 1992 (Kemprecos, 1994).³

Fuentes de financiamiento

HIO es financiada principalmente a través de un sistema de primas y de copagos por servicios prestados. Para mayor detalle, vea la Tabla 2.8. Además, HIO puede y recibe transferencias adicionales del Ministerio de Finanzas tanto para cubrir pérdidas de operación como para programas específicos, tales como el programa de seguro de salud para estudiantes. Las primas de empleados y empleadores son recolectadas oficialmente por la Organización de Seguro Social (SIO), mientras la Organización de Pensiones y Seguro (PIO) recolecta las primas de pensionados; ambos son supervisados por el MOSA. Estas organizaciones deberían transferir las primas reunidas a HIO luego de deducir un 25% del cobro, que sirve para cubrir los costos administrativos de recolección. En la práctica SIO, no proporciona información a HIO sobre las identidades o números de beneficiarios enrolados, y, por lo tanto no es posible para HIO verificar si todo el dinero de las primas ha sido transferido. Fuentes internas a HIO creen recibir menos del 75% de las primas realmente pagadas por empleados y empleadores, aunque es imposible verificar su veracidad.

El pago de primas es obligatorio para todos los empleados y empleadores del sector público y privado. Sin embargo, desde 1984, se ha permitido renunciar la prima del empleado a compañías que hayan comprado seguros comparables en otro lugar. Para junio de 1993, 561 compañías habían renunciado, aunque continuaron pagando el 1% de las primas de los empleadores (Kemprecos, 1994).

El monto de primas recolectado en años recientes ha sido relativamente bajo con respecto al nivel de gastos efectivo, lo que ha llevado a un continuo déficit en gastos operacionales, desde FY91. En FY94, las pérdidas anuales reportadas llegaron por encima de LE 200 millones, pero no es posible confirmarlo ya que los datos detallados de los ingresos no están disponibles de HIO.⁴ Ya que HIO tiene suficientes flujos de dinero efectivo para mantener un creciente nivel de operaciones y tiene un déficit operacional de varios años, algunas fuentes externas de financiamiento han proporcionado el dinero efectivo para cubrir sus

3/ HIO reportó 4.949 camas en su reporte anual, pero hay evidencia que los propios datos de HIO sobre el número de sus camas e instalaciones es imprecisa.

4/ Las cifras de más de LE 200 millones reportado por la prensa en Abril de 1995, pero no está claro si se refiere a déficit anual o acumulado a esa fecha.

Tabla 2.8
Primas y copagos de los beneficiarios

<i>Grupo beneficiario</i>	<i>Contribuciones del sueldo</i>	<i>Beneficios y copagos</i>
Gobierno- Ley 32	Empleador- 1.5%; empleado- 0,5%	Completo con copago GP visita: LE 0,05 Especialista: LE 0,10 Visita al hogar: LE 0,20 Día hospitalización: LE 0.25-0.50 Laboratorio : LE 1,0 máximo Servicio de la clínica: 25% Prescripción: LE 1,0 máximo Prótesis: 50%
Gobierno- Ley 79	Empleador- 3%; empleado- 1%	Cobertura completa
Público/ sector privado- Ley 79	Empleador- 3%; empleado- 1%	Cobertura completa
Pensionados	1% de pensión básica	Cobertura completa
Viudas		Cobertura completa
Accidentes del trabajo		Cobertura completa
Estudiantes		Completa con 30% de copago para medicamentos

Fuente: DOP y HIO

Nota: Cobertura completa significa que ningún copago es cargado ni por cuidado ambulatorio u hospitalización.

déficit anuales. No es posible obtener información para clarificar ésto, pero es razonable presumir que este financiamiento ha venido del MOF como concesiones, o del sistema bancario gubernamental en la forma de préstamos.

Mientras los beneficiarios bajo las Leyes 32 y 79 deben pagar primas equivalentes a 2-4% de su sueldo, éste es realmente menor a ese monto, ya que las primas son calculadas sobre el sueldo base, y no sobre la compensación total. Además, la base del beneficiario de HIO es relativamente pequeña, y la mayoría de los trabajadores no se enrolan en HIO. Muchos de éstos estarían trabajando independientemente, u otros se encuentran en el sector informal o en compañías muy grandes, que no requieren enrolarse. Si asumimos conservadoramente que los beneficiarios de HIO ganan sueldos no mayores a aquellos trabajadores que no están enrolados, entonces HIO recibe el equivalente a menos del 1,8% de total de sueldos aplicables (Tabla 2.9)

Tabla 2.9**Análisis de ingresos base de HIO para FY91**

	Total
Número total de empleados (millones)	13,812
Ley 32/ 79 número de beneficiarios (millones)	4,566
Proporción estimada de empleados enrolados en HIO	33,1%
Sueldo base total, para todo Egipto (LE millones)	34.126
Sueldo base total estimado de los enrolados en HIO	11.281
Sueldo estimado de los beneficiarios enrolados	11.281
Proporción estimada de ingresos por primas de HIO con respecto a sueldos de los beneficiarios	1,8%
Proporción estimada de ingresos por primas de HIO con respecto a sueldos total	0,6%

Fuente: Basado en datos de HIO y del Ministerio de Planificación, citados en Banco Mundial (1994b). La estimación de sueldos de beneficiarios se basa en el supuesto que los beneficiarios ganan un sueldo promedio.

El nivel de copagos cobrados por servicios entregados es sumamente bajo, típicamente menos de LE 1.00, y solo montos pequeños de ingresos son obtenidos a través de esta fuente. Además, HIO genera ingresos por la venta de servicios a otros agentes y compañías. La Tabla 2.10 da una desagregación de los ingresos de HIO por fuente en FY91.

Tabla 2.10**Fuentes de Ingresos de HIO**

Fuentes del ingresos	Monto (LE)	Porcentaje del total
Primas- Accidentes del trabajo	84.095.661	23,7%
Primas- Ley 32	75.048.420	21,2%
Primas- Ley 79	126.161.261	35,6%
Primas- viudas y pensionados	13.309.975	3,8%
Primas de compañías con renunciaciones	4.119.499	1,2%
Primas totales	302.734.816	85,3%
Venta de bienes	26.192	0,0%
Venta de servicios	482.632	0,1%
Otros ingresos operacionales	51.523.804	14,5%
Total	354.767.444	100,0%

Fuente: Kemprecos (1994)

Usos de fondos

Cada uno de las ramas regionales se financia directamente a través de la oficina principal de HIO en el Cairo. Los montos efectivos asignados son decididos como resultado de un proceso de negociación entre la oficina principal y los administradores del departamento. Los gastos de HIO son principalmente para financiar sus propias instalaciones y empleados, pero aproximadamente 17% de su gasto es para comprar servicios con contratistas externos. Del total de gastos, una gran proporción es para medicamentos (53% en FY92). Esto es un problema para HIO, y se cree que proviene del bajo control, en prescripciones y copagos para las compras de medicamentos.

Los gastos totales son relativamente altos, y los gastos por beneficiario alcanzaron a LE 81 en FY92, comparado con los gastos de MOH de LE 21,9 per cápita para la totalidad de la población (cifras de FY92). Esta diferencia de cuatro veces en el financiamiento representa una mayor disparidad en la asignación de recursos subyacente, ya que los beneficiarios de HIO son predominantemente empleados del sector formal, con una menor necesidad presumiblemente de servicios de salud que el promedio del habitante egipcio. Mientras los gastos por beneficiario de HIO han permanecido varias veces más elevados que el nivel de gastos de MOH, en general los niveles declinan en términos reales durante el período estudiado. Hubo una disminución del 26% en el nivel real de financiamiento por beneficiario durante FY89-92 (Tabla 2.11).

Tabla 2.11
Gastos por HIO, FY1989-1992

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos totales (LE millones)	285,5	363,3	406,3	412,3
Gastos en servicios contraídos	na	na	64,4	na
Gastos en medicamentos (LE millones)	120,8	159,8	221,3	217,8
Gastos en medicamentos (% de total)	42%	44%	54%	53%
Número de beneficiarios				
Ley 32		2.343.000	2.481.000	2.557.000
Ley 79		1.830.000	1.914.000	2.009.000
Viudas y Pensionados		433.000	500.000	550.000
Beneficiarios totales	4.359.000	4.606.000	4.895.000	5.116.000
Gasto por beneficiario (LE nominal)	65,5	78,9	83,0	80,6
Gasto por beneficiario (constante 1987 LE)	44,5	44,7	38,9	33,0

Nota: Ver Anexo Estadístico para más detalles. Número de beneficiarios excluye a 10,106 millones de estudiantes que se enrolaron en 1992/93. Los gastos de este programa son excluidos así como su financiamiento es mantenido separadamente de las operaciones principal de HIO.

La Tabla 2.12 desagrega los gastos por rama regional, indicando que en términos relativos de financiamiento son el más bajo en Aswan y el más alto en El Cairo. (ver Mapa 2.2)

Sería interesante desagregar los gastos de HIO por funciones, tales como curativa y no curativa, o por servicios hospitalarios y no hospitalarios. Sin embargo, no es posible dar una desagregación más precisa de los gastos de HIO, aparte de la dada en la Tabla 2.11, dado que una contabilidad financiera detallada no ha sido publicada por HIO. Sin embargo, dado el interés de expandir la cobertura de la Seguridad Social en Egipto, este tipo de información sería verdaderamente valiosa para las personas encargadas de tomar decisiones.

Programa de Seguro de Salud para Estudiantes (SHIP)

En junio de 1992, la Asamblea del Pueblo de Egipto aprobó la Ley 99 expandiendo la cobertura de seguro de salud a todos los niños escolares. Para implementar esta ley, HIO estableció SHIP como un programa separado de cobertura para niños escolares. Aunque SHIP no fue operacional durante FY90-92, algunos detalles son dados aquí, ya que éste ha llegado a ser una significativa fuente de financiamiento para el cuidado de la salud en Egipto.

SHIP se financia a través de un sistema de primas individuales pagadas por los estudiantes enrolados (LE 4 por niño), una contribución gubernamental de LE 4 por niño, y un impuesto a los cigarrillos de 10 piastres por cajetilla. Solamente

Tabla 2.12
Niveles de gasto comparativo en HIO por regiones, FY91

Región	Categoría de beneficiario			Gastos por beneficiario		
	Ley 32/ 79	Pensionados viudas	Total	%	Exc. HQ gastos	Proporciones (Aswan= 1.00)
NWDB	154.000	155.000	1.132.000	23	63,8	1,21
Canal y Delta Oriental	750.000	80.000	1.050.000	21	66,8	1,26
El Cairo	222.000	126.000	807.000	16	112,4	2,12
Delta Medio	512.000	60.000	716.000	15	66,9	1,26
Giza	420.000	54.000	675.000	14	84,0	1,59
Assiut	362.000	21.000	438.000	9	60,9	1,15
Aswan	61.000	4.000	77.000	2	52,9	1,00
Total	2.481.000	500.000	4.895.000	100	75,3	1,42

Fuente: HIO y DOP

los estudiantes registrados pueden afiliarse. Los niños que no van a la escuela, frecuentemente aquellos de familias más pobres con una mayor carga de enfermedad-salud, no son elegibles.

Información publicada sobre la operación de SHIP es limitada. Sin embargo, para junio de 1994, se ha reportado que 6,6 millones de niños se han enrolado sobre un total de 10,1 millones de beneficiarios potenciales. Durante el año fiscal terminado en junio de 1994, los gastos totales por SHIP fueron de LE 198,8 millones de los cuales, aparentemente, un 60% fue por cuidado ambulatorio, 29% para cuidados de hospital, 2% para suministro de prótesis y ojos de vidrio, y 9% para costos administrativos (Nandakumar y Swelam, 1995).

El financiamiento de HIO es usado principalmente para financiar la provisión de servicios de sus propias instalaciones. Mientras algunos fondos son usados para financiar contratos con otros proveedores, éstos tienen una menor participación. Por ejemplo, en 1992, solo 4,5% de los casos enviados a revisión por HIO fueron examinados en clínicas privadas. El resto fue visto en policlínicas administrados por HIO y por doctores de HIO. De la misma manera, del 50% aproximado de gastos totales por HIO en medicamentos, la mayoría fue para pagar por compras en farmacias de HIO.

Organizaciones de Cuidado Curativo

Las Organizaciones de Cuidado Curativo (CCO) comprenden seis organizaciones autónomas proporcionando servicios para el cuidado de la salud. Las dos más grande están en El Cairo y Alejandría, y fueron establecidas en 1964 luego de la nacionalización de varios hospitales privados. Las otras cuatro CCO, en Puerto Said, Kalyoubia, Damietta y Kafr El Sheikh, son mucho menores, y sólo recientemente se han expandido. Cada CCO es administrada independientemente, pero está bajo la autoridad del MOH. Todas las CCO son organizaciones basadas en hospitales, y arrojan un total de 4.846 camas a mediados de 1992 (4% de todas las camas reportadas). De estas camas, El Cairo y Alejandría aportan más del 90%.

Las CCO autofinancian sus costos recurrentes, generando ingresos al proporcionar servicios a individuos, HIO y compañías bajo contrato. Cobran honorarios por servicios entregados, con cuatro divisiones de precio basados en la clase y calidad del cuarto para cuidado hospitalario, y con un conjunto de precios para cuidado ambulatorio. Además, proporcionan algunos servicios limitados de emergencia libres de cobro y mantienen un número fijo de camas libres para tratamiento gratis de pacientes pobres a través de un acuerdo con el GOE. Por ésto, reciben una concesión anual no presupuestaria de la oficina principal de MOH. El tamaño de esta concesión está determinado a través de negociaciones anuales entre el MOF y los administradores del CCO y,

generalmente, contabiliza sólo una proporción pequeña de los ingresos totales. El MOF también proporciona fondos adicionales ocasionalmente, casi siempre para inversión en nuevas instalaciones. Estos montos pueden ser substanciales, y en el caso de El Cairo, los gastos de construcción de CCO han llegado a casi LE 200 millones durante FY89-93 (Tabla 2.13). No fue posible determinar los gastos totales exactos de los diferentes CCO, ya que el DOP fue incapaz de obtener ingresos y declaraciones de gastos completos de las distintas organizaciones envueltas. La Tabla 2.14 da una estimación de los gastos totales para todas las CCO durante FY89-92.

Tabla 2.13
Gastos de Operación de CCO en El Cairo y Alejandría

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
CCO en El CAIRO				
Gastos de operación (LE millones)	49,7	58,1	77,9	84,1
Gastos de construcción (LE millones)	165,6	32,6	1,1	0,1
Gastos totales (LE millones)	215,4	90,6	79,0	84,2
Gastos en medicamentos (LE millones)	12,6	15,2	20,1	23,0
Concesión por camas gratis del MOF (LE millones)	1,8	2,0	2,2	2,5
Camas	3.620	3.705	3.566	3.556
Gastos de operación por cama (LE)	13.742	15.680	21.853	23.656
CCO en ALEJANDRIA				
Gastos de operación (LE millones)	8,95	9,92	11,25	11,91
Gastos en medicamentos (LE millones)	1,79	2,22	2,89	3,43
Concesión por camas gratis de MOF (LE millones)	na	1,20	1,30	1,40
Camas				939
Gastos operativos por cama (LE)				12.683

Nota: Ver Anexo Estadístico para más detalle. Las cifras se basan en datos suministrados a DOP por CCO y MOF.

Hospitales Universitarios

Los hospitales universitarios corresponden a una parte importante del sistema terciario en Egipto, así como intencionalmente proporcionan instalaciones para la enseñanza y la investigación. Son entes autónomos afiliada a universidades individuales, y están bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación. Ellos contaban con 15.375 camas en 1992, un 14% de todas las camas disponibles (Kemprecos, 1994). Los hospitales son financiados principalmente por el Ministerio de Finanzas, a través del presupuesto del Ministerio de Educación.

Tabla 2.14**Gastos por CCO, FY89-92 (Estimado)**

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos operativos (LE millones)	65	75	98	106
Gastos totales (LE millones)	230	108	100	106
Gastos en medicamentos (LE millones)	16	19	25	29
Gastos en medicamentos (% de total)	25%	25%	26%	27%
Camas				4.900
Gastos operativos por cama (LE)				21.600

Nota: Todas las cifras son estimadas. DOP fue incapaz de obtener datos oficiales sobre el número de camas en años previos, o el número total en FY92.

Proporcionan cuidado considerado de alta calidad por el público, y son capaces de generar recursos por medio de cobros a usuarios pagados directamente por los hogares y por contratos con compañías.

Hay veinte hospitales universitarios en Egipto. No están distribuidos homogéneamente a través del país, y casi todos se encuentran en El Cairo o en otras áreas urbanas del Bajo Egipto. Su distribución es similar a la de los hospitales de enseñanza, pero el nivel global de suministros es mayor.

La Tabla 2.15 entrega los gastos estimados de todos los hospitales universitarios para FY89-92. DOP condujo una encuesta de los hospitales universitarios para determinar los ingresos y gastos totales. Basado en la información proporcionada por la muestra de instituciones que reportaron cifras, se estimó que entre un 15-24% de los ingresos totales de los hospitales universitarios fueron generados a través de cobros a pacientes durante FY89-92. Parte de estos ingresos provinieron de contratos negociados con empleadores, pero la mayor parte fue generado por pagos directos de los hogares. Se debe notar que el grueso de estos ingresos de pacientes fue generado en el área metropolitana de El Cairo, principalmente por los hospitales afiliados a la Universidad Ain Shams. La Tabla 2.15 también da el nivel estimado de recuperación de costos basado en datos de los hospitales universitarios que reportaron confiable información.

Tabla 2.15**Gastos de Hospitales Universitarios, FY89-92 (Estimado)**

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos (LE millones)	276,8	334,4	410,1	468,9
Camas				15. 375
Gastos en medicamentos (LE millones)	46,0	41,5	44,0	72,1
Gastos en medicamentos (% de total)	17	12	11	15
Ingresos por pacientes (LE millones)	67,4	48,0	63,1	66,5
Ingresos por pacientes (% de total)	24	14	15	14
Gasto por cama (LE)				30.498

Nota: Ver Anexo Estadístico para más detalle. Todas las cifras son estimaciones derivadas de cifras reportadas por muestra de instalaciones. Particular precaución se debe tener con los números en *italicas*. Gastos por cama son estimados sobre la base del número de camas en FY92 y, por lo tanto se subestima las cifras efectivas de años anteriores.

Costos comparativos y subsidios

Los niveles globales de gasto en hospitales universitarios son altos. Estos gastos incluyen un nivel significativo de gasto en medicamentos- aproximadamente 14% del total de costos. También, se puede derivar una estimación del gasto total por cama, lo que indica que el gasto global por cama es significativamente más alto que el gasto de los hospitales del Ministerio de Salud. Esta es una cruda comparación ya que los hospitales universitarios sirven de apoyo a la enseñanza y a la investigación. Algunos de los gastos en entrenamiento médico en los hospitales están incluidos en el presupuesto de las escuelas de medicina, las que son administradas por el Ministerio de Educación. Hay otros costos de entrenamiento, los que son de hecho compartidos con los hospitales universitarios, pero no es posible identificarlos separadamente. Además, a pesar de sus mayores niveles de recuperación de costos, parecería que sus mayores niveles de gasto están relacionados con mayores niveles de subsidios gubernamentales por cama que las instalaciones del MOH (Tabla 2.16).

Las estimaciones dadas en la Tabla 2.16 son muy aproximadas, dada la muy limitada información. Sin embargo, los hospitales del MOH claramente reciben menos subsidios públicos por cama que los otros grandes proveedores públicos (hospitales universitarios, de enseñanza y HIO). Esto puede explicar, en general, el menor nivel de calidad de los hospitales del MOH, aunque muchas camas del MOH están en hospitales de menor nivel. Dado que toda la información disponible indica que los hospitales universitarios y las instalaciones del HIO son usadas predominantemente por ricos, y que los pobres usan

Tabla 2.16

Gastos y subsidios comparativos por camas de hospital, FY90

<i>Proveedor</i>	<i>Número de camas (1992)</i>	<i>Gasto total de hospital (LE millones)</i>	<i>Subsidio público total (LE millones)</i>	<i>Gastos por cama (LE` 000s)</i>	<i>Subsidio por cama (LE` 000s)</i>
MOH	67.042	400	390	6,0	5,8
Hospitales de Enseñanza	4.654	67	63	14,4	13,5
Hospitales Universitarios	15.375	342	294	22,2	19,1
HIO	4.949	227	65	45,9	6,6
CCO de El Cairo	3.494	60	2	17,1	0,5
Hospitales privados	10.156	210	0	20,7	0,0

Fuente: Basado en información del Banco de Datos de NHA y Kemprecos (1994)

Nota: Los gastos y subsidios por cama son estimados. Estas son estimaciones de instalaciones hospitalarias en funcionamiento y consiguiente, incluyen los costos de servicios ambulatorios, los cuales son considerables en el caso de los hospitales universitarios. Los gastos de hospitales del MOH se basan en una estimación de que 49% de los gastos del MOH van a instalaciones de hospital. Los gastos de hospitales de HIO se consideran como el 50% de los costos totales de funcionamiento del programa HIO, es decir, incluyendo los costos administrativos de recolección de primas. Se estima que 50% de la proporción de gastos de operación de H es usado para proporcionar medicamentos.

predominantemente instalaciones del MOH para hospitalización, es probable que el presente modelo de gastos públicos en hospitalización sea altamente regresivo.

Otros Ministerios

Varios ministerios operan instalaciones de salud independientes. El más importante de éstos es el Ministerio del Interior que opera sus propias instalaciones del cuidado de la salud para la Policía y la población de Prisiones, el Ministerio del Transportes - que opera al menos dos hospitales para empleados de ferrocarriles - y el Ministerio de Defensa - que es responsable por instalaciones de salud administradas por los Fuerzas Armadas-. Los hospitales militares son los más extensos, y proporcionan cuidado tanto a miembros de las Fuerzas Armadas así como a la población civil local. Los hospitales militares están mejor dotados que los hospitales del MOH, y proporcionan un muy alto nivel de cuidado.

No es posible dar cifras de gastos sobre estas instalaciones, ya que esta información no estuvo disponible para el DOP. Tampoco fue posible hacer una estimación basada en el número de camas de estas instalaciones, ya que ni siquiera el número de camas es conocido. Sin embargo, Gomaa (1980) reportó que los gastos en los hospitales del Ministerio del Interior y Ferrocarriles llegan a menos del 1% del gasto total del MOH en esos días. Además, aproximadamente

10% de todos los médicos se reportaron como trabajando en las Fuerzas Armadas durante ese período. No es posible determinar el número efectivo de doctores empleados en las Fuerza Armadas hoy en día. No obstante, es razonable asumir que la participación relativa en el suministro de servicios de salud por éstos no habría aumentado mayormente en las últimas dos décadas. Si esto es así, sería razonable concluir que los gastos totales de los Ministerios del Interior, Transporte y Defensa son menores al 20% de todos los gastos del MOH, es decir; algo menor que LE 150 millones en FY90.

Donaciones Internacionales

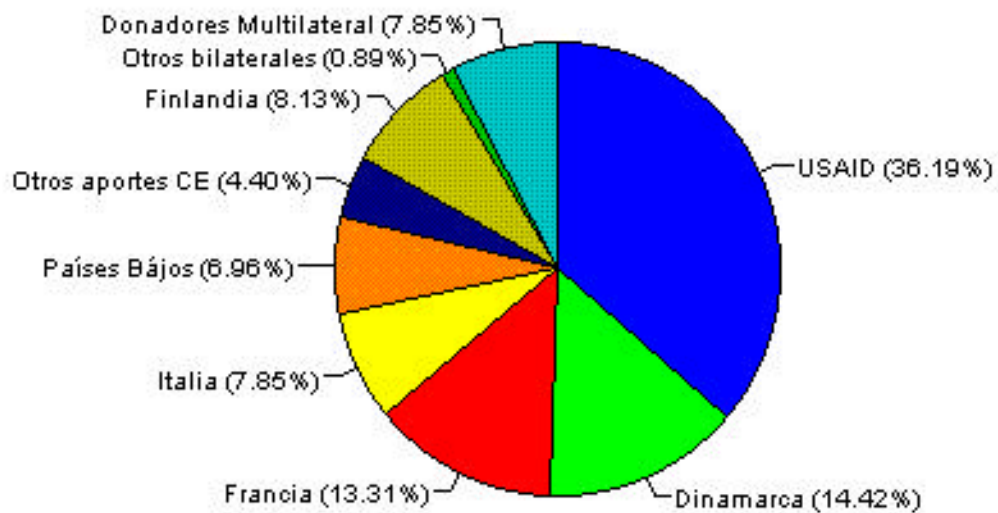
Egipto es un importante destinatario de ayuda internacional. Sin embargo, mucha de ésta es ayuda no económica y no transferible a otros sectores sociales. No obstante, la ayuda extranjera es una importante fuente de financiamiento del sector salud en Egipto, y es particularmente importante en ciertas áreas tales como población e inversiones de capital.

En muchos países, los flujos de donaciones oficiales son rastreados por la oficina local de UNDP, pero no en Egipto. En teoría, el Ministerio de Cooperación Internacional ejecuta este papel, ya que toda ayuda extranjera debe ser reportada a este Ministerio. Sin embargo, distintas oficinas en el Ministerio supervisan cada dador internacional, y no existe un sistema organizado de agrupación de la información reportada al Ministerio (Chellaraj, 1994). Dentro del MOH, no hay una oficina que controle los flujos de ayuda, y aún el DOP parece tener información incompleta sobre transferencias del Capítulo 3. Es así que no hay una precisa estimación oficial del total de flujos de ayuda hacia el sector salud. Hay dos estimaciones previas de flujos de ayuda extranjera al sector salud egipcio, ambas para 1990. Una reporta en 1993 un nivel de ayuda estimada para el sector de la salud egipcio aproximada de LE 250 millones⁵, mientras Michaud y Murray (1993) estimaron un monto de US\$ 111 millones (equivalente a LE 240 millones) para 1990.

El DOP intentó recolectar datos sobre ayudas desembolsadas por varios donadores. No todos fueron capaces de proporcionar detalles sobre desembolsos relacionados con la salud para años específicos, en contraposición a los compromisos de ayuda. Además, no se obtuvo información de todos ellos. Los datos recolectados de esta manera se complementaron con los datos de registros presupuestarios del MOH, información suministrada gentilmente por G. Chellaraj (1994) y otros informes publicados. Se estima que los flujos totales de ayuda al sector salud egipcio fueron aproximadamente de LE 180 millones en FY90, como se muestra en la Tabla 2.17. No es posible hacer una estimación para otros años debido a la falta de datos.

5/ Reporte no publicado disponible en DOP, fechado 1993. El nombre de los autores es ilegible.

Figura 2.2: Asistencia oficial, FY90
Estimaciones de ayuda extranjera



Total = LE 179.6 millones en FY90 (estimado)

Tabla 2.17
Ayuda extranjera al Sector Salud Egipcio, FY90 (Estimado)

<i>Ayuda bilateral</i>	<i>Desembolsos totales (LE millones)</i>	<i>Proporción del total (%)</i>	<i>Destinatarios</i>
USAID	65,0 a	37	Principalmente MOH
Japón	1,3	1	Principalmente MOE
Unión Europea	5,7	3	MOH y MOE
Dinamarca	25,9 a	15	Principalmente MOH
Finlandia	14,6 a	8	Principalmente MOH
Francia	23,9 a	13	Principalmente MOE
Alemania	2,2	1	MOH
Italia	14,1	8	Principalmente MOH
Países Bajos	12,5	7	Principalmente MOH
Reino Unido	0,0	0	
Canadá	0,3	0	MOH
Arabia Saudita	0,0 b	0	
Kuwait	0,0 b	0	
Otros	0,0 b	0	
Subtotal de ayuda bilateral	165,5	93	
WHO	3,0 a	2	MOH
Banco Mundial	0,0	0	
Unicef	7,0 a	3	MOH
UNDP	0,0 b	0	MOH
UNFPA	2,0 a	1	MOH
Banco de Cooperación Africana	2,1 a	1	MOH
Otros	0,0 b	0	
Subtotal de ayuda multilateral	14,1	7	
Total de todas las fuentes oficiales	179,6	100	

Fuente: Basado en datos recolectados de donaciones por DOP y Harvard/ DDM, datos presupuestarios de MOH, y G. Chellaraj (1994).

Notes: a) La estimación se basa en datos incompletos. En la mayoría de los casos los donantes no fueron capaces de proporcionar información sobre desembolsos anuales efectivos.

b) DOP fue incapaz de obtener datos de donantes. Los montos efectivos se cree son insignificantes.

Del total de ayuda oficial, se estima que la donación bilateral explica más del 90% en FY90. Las donaciones más importantes son de EE.UU., Dinamarca, Finlandia, Francia e Italia (Figura 2.2). Los miembros de la Unión Europea (UE) proporcionan más del 50% del total de ayuda económica extranjera al sector salud egipcio, lo que es consistente con la posición de la UE como el donante más importante de Egipto y de la mayoría de los países del Medio Oriente. Del total de ayuda, la mayoría es dada para el MOH, pero montos substanciales son también transferidos a Hospitales Universitarios y de Enseñanza.

Seguro Privado, Esquema del Empleador y Sindicatos Ocupacionales

Esquema de seguro privado

HIO es el mayor financista de tercera agente en Egipto. El papel del seguro de salud privado o voluntario es relativamente pequeño. Probablemente solo 5-10% de los pacientes admitidos en hospitales privados posee algún tipo de seguro privado (D'Agnes y Picazo, 1993). Menos de diez compañías ofrecen seguros de salud,¹ y en todos los casos salvo uno, el seguro de salud explicó sólo una pequeña proporción del volumen total de sus negocios. De éstos, dos corresponden a paraestatales que pertenecen al gobierno, Misr y Al Chark, y el resto son compañías de seguro privadas. Las pólizas de seguro de salud privadas son comercializadas por compañías que quieren asegurar a sus empleados, y a individuos privados. Las compañías tienden a ser las empresas privadas más importantes del sector formal. Las compañías de seguro típicamente contratan una lista de hospitales que proporcionan servicios a sus beneficiarios. El reembolso de servicios es normalmente sólo con los proveedores previamente aceptados y sobre la base de copagos con un techo de cobertura anual (Kemprecos, 1994).

Recolección de datos

Es difícil dar una cifra precisa para los gastos totales cubiertos por estos esquemas de seguro de salud privados. Todas las compañías conocidas de seguro privadas fueron contactadas directamente por DOP y se les pidió detalles de sus esquemas, el número de personas cubiertas, y los ingresos y gastos totales relacionados con las pólizas de seguro de salud. No todas las empresas respondieron, y de las que lo hicieron, no todas suministraron información completa. En total, DOP recibió datos de cuatro compañías, incluyendo la más grande- Al Chark Compañía de Seguros. En el caso de Al Chark, los datos recibidos parecen referirse sólo a esquemas de seguros de salud comprados por individuos, ya que según Kemprecos (1994) la compañía proporcionó cobertura

1/ El número exacto de compañías que ofrecen seguros de salud es difícil de verificar, pero al menos son 8 y no más que 11.

de aproximadamente 50.000 empleados en el área de El Cairo en 1992.

Estimaciones

La Tabla 2.18 proporciona un visión global de los datos que fueron recibidos, con una indicación del rango de gastos por beneficiario. Los gastos en compras de medicamentos de estos planes parecen altos (> 50%) de acuerdo a la muestra. De hecho, éste es levemente diferente a la situación en HIO.

Tabla 2.18

Análisis de datos reportados por una muestra de compañías de seguro privadas

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos totales (LE millones)	2,265	4,092	5,183	5,307
Beneficiarios totales	18.139	16.657	15.937	16.151
Gasto promedio por beneficiario (LE)	125	246	325	329
Rango de gastos por beneficiario (LE)	117- 745	209- 670	301- 677	283- 630
Gastos en medicamentos (LE millones)	1,364	2,218	2,651	2,759
Gastos en medicamentos (% de total)	60,2%	54,2%	51,2%	52,0%

Nota: Las cifras dadas son solamente para una muestra de 4 compañías de seguro que reportaron datos.

Sobre la base de estos datos y otras informaciones disponibles, por lo menos 50.000 a 60.000 beneficiarios no fueron incluidos en la muestra. Se hicieron estimaciones de probables beneficiarios cubiertos por planes de seguro de salud privados. Un segundo conjunto de estimaciones fue hecha sobre el posible rango de gasto promedio por beneficiario para cada año en estudio, basado en datos dados anteriormente y en el nivel de primas cobradas por Al Chark por planes de compañías.

Se estima que 16.000 a 20.000 personas son cubiertas por seguros de salud individual, mientras menos de 80.000 son cubiertas a través de contratos con empresas. Dado que el promedio de primas / gastos por beneficiario fue probablemente menos que LE 350 en FY92, se puede estimar que los gastos totales por planes de seguro privados llegó a menos que LE 50 millones en FY92 y quizás menos (Tabla 2.19). Estimaciones del total de reembolsos por compras de medicamentos por estos planes fueron hechas multiplicando la proporción observada con la estimación final del gasto total de seguro privado.

Tabla 2.19**Gastos de todas las compañías de seguro privadas (Estimado)**

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos estimados (LE millones)	7- 18	15- 30	20- 42	24- 60
Número de beneficiarios	70-90,000	75- 100.000	80- 120.000	80- 120.000
Gastos por beneficiario (LE)	100- 200	200- 300	250- 350	300- 500
Gastos estimados en medicamentos (LE millones)	4- 10	7- 18	9- 25	11- 35

Nota: Las cifras dadas son estimaciones subjetivas de los rangos posibles de los valores efectivos basados en información disponible sobre algunos de los más grandes proveedores de seguro existentes. Están probablemente ubicado en el lado superior. La exactitud de estas estimaciones podría ser substancialmente mejorada si DOP obtuviera datos más completos de Al Chark así como respuestas de Seguros Delta y Medicare del Medio Oriente, los dos aseguradores más grandes que no están en la muestra.

Planes del Empleador

Muchas empresas organizan sus propios planes para entregar cuidado médico a sus empleados. Estos planes varían desde arreglos contractuales con varios proveedores a la administración de sus propias instalaciones de salud, incluyendo hospitales. Varias de las empresas más grandes están eximidas del pago de la prima completa a HIO, debido a que son capaces de suministrar niveles comparables de cuidado de la salud. Sin embargo, es difícil saber cuán grandes son los esfuerzos de tales empleadores, y cuánto cuestan.

Recolección de los datos

No hay una encuesta representativa de negocios que haya investigado los gastos de las compañías de servicios de salud diferente de aquellos relacionados a planes de seguro de salud. En su ausencia, DOP intentó directamente encuestar a un número limitado de compañías, principalmente grandes, ya que poseen extensivas instalaciones de salud. El número de respuestas obtenidas fue pequeño y por lo tanto, las siguientes estimaciones pueden ser muy inexactas.

La Tabla 2.20 resume los datos recolectados de una muestra de siete compañías importantes. Las compañías incluídas corresponden a los sectores de transporte, manufactura de textiles, industrial y del petróleo. Además, las cifras para FY92 incluyen un conglomerado privado muy grande. Como se puede ver la mayoría son compañías relativamente grandes.

Preguntas informales a un número de pequeñas empresas locales privadas revelaron que muy pocas tenían gastos médicos además de HIO. Varias compañías extranjeras gastan dinero adicional. La evidencia sugiere que las empresas generalmente compran cuidado adicional al suministrado por HIO, ya sea porque se percibe como proporcionando cuidado de baja calidad o porque es considerado caro. La preocupación por una mayor calidad se manifiesta más en

Tabla 2.20**Gastos en servicios médicos en una muestra de empresas de negocio**

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos totales (LE millones)	4,606	6,264	7,681	49,339
Número de compañías en la muestra	5	5	5	7
Número de camas	643	643	662	1.145
Número de empleados	76.732	75.227	73.339	1.046.244
Número de empleados por empresa	15.346	15.045	14.668	149.463
Gasto por empleado (LE)	130	173	230	59

Fuente: Datos proporcionados por compañías a DOP.

Nota: La muestra para FY92 es significativamente diferente de aquellas para años anteriores, debido a la incorporación de Contratistas Arabes, un gran conglomerado egipcio.

el sector más moderno de negocios, en compañías extranjeras, y aquellas que tienen empleados que ganan ingresos por sobre el promedio. Además, los costos de transacción envueltos en la organización de un sistema alternativo de provisión a HIO son menos probable de ser un obstáculo para las empresas más grandes.

Estimaciones

Las empresas grandes con más de 100 empleados generaron un 8,3% del empleo total no agrícola en 1986 (Banco Mundial, 1994a). El empleo total, excluyendo agricultura y servicios sociales, es estimado en 4,75 millones para FY89. Este da una estimación de 400.000 empleados en empresas grandes en FY89. Si asumimos que estas empresas gastaron en promedio LE 50- 100 por empleado, éste rinde una estimación de LE 19- 40 millones en FY89. Este supuesto excluye empresas más pequeñas y, por lo tanto, es probablemente menor al valor real.

Muchos empleadores proporcionan o pagan por servicios médicos para sus empleados adicionalmente a o en lugar de la cobertura proporcionada por HIO. Es difícil estimar el nivel de gastos envueltos sin una encuesta representativa de las empresas. Información disponible indica que la provisión directa o el financiamiento de significativas cantidades de cuidado médico son más probables en el caso de empresas grandes, extranjeras, del sector privado y las que pagan sueldos relativamente más altos, tales como el sector petrolero. Las compañías más grandes (con más de 500 empleados) no están obligadas a enrolarse en HIO, y requieren proporcionar servicios alternativos a cambio.

Estimaciones del gasto de los empleadores en servicios de salud excluyendo aquellos por primas de HIO y otros arreglos de seguro son dados en la Tabla 2.21. Estas se encuentran sujetas a un grado considerable de inexactitud, y probablemente son subvaluadas.

Tabla 2.21

Gastos por compañías, excluye pagos de seguro (Estimado)

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos totales estimado (LE millones)	20- 40	20- 40	20- 45	20- 45

Nota: Las cifras dadas son estimaciones subjetivas de los rangos posibles en los valores efectivos basada en información disponible sobre algunas de las compañías más grandes.

Uso de Fondos

Mientras algunos empleadores administran grandes y sofisticadas instalaciones hospitalarias de su propiedad, los mayores gastos directos en salud de los empleadores son por reembolsos de cuidado médico ambulatorio y compra de medicamentos. Sin embargo, los datos son tan limitados que no es posible dar ninguna estimación de desagregación efectiva de estos gastos por uso final.

Sindicatos profesionales

Varios grupos de profesionales y obreros en Egipto están organizados en asociaciones ocupacionales llamadas Sindicatos. Todas las organizaciones representativas son oficialmente reconocidas y reguladas. La mayoría ofrece ayuda limitada de servicios médicos a sus miembros.

Pocos sindicatos ofrecen sistemas organizados de ayuda médica a través de planes de seguro de salud. El más grande y más significativo es el administrado por la Unión Médica, que consta de cuatro sindicatos- médicos, dentistas, farmacéuticos y veterinarios. Este pequeño - pero bien administrado - plan proporciona cobertura con el pago de una suscripción de todos los miembros de las cuatro sindicatos médicos y de sus familiares. El plan también recibe un subsidio substancial de la propia Unión Médica.

La membresía al plan es voluntaria. Desde su inicio en 1988, la cobertura ha aumentado de 17.600 miembros a 28.000 en 1993. El mayor número de miembros reside en El Cairo (75%) y Alejandría (20%). Proporciona beneficios generales, aunque con un techo relativamente bajo en reembolsos totales, y exige un copago. Las hospitalizaciones y servicios ambulatorios mayores son reembolsados solamente si hay una preceptación del plan, y existe un límite

Tabla 2.22**Ingresos y gastos del esquema de seguro de salud de la Unión Médica**

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos totales (LE millones)	3,139	3,490	3,694	4,026
Subsidio total por sindicatos médicos (LE millones)	0,773	1,053	1,200	1,338
Pago adelantado por beneficiarios (LE millones)	1,719	2,368	2,497	2,758
Número de beneficiarios				81.000
Gasto por beneficiario (LE)				50

Fuente: Sindicato Médico

anual al número de visitas ambulatorias rutinarias cubiertas cada año. Los tratamientos deben realizarse con proveedores aprobados. No se cubren medicamentos excepto en el caso de tratamientos hospitalarios y quimioterapia. Con estos controles, el esquema parece ser relativamente exitoso restringiendo los costos y el gasto promedio por beneficiario es bastante bajo (Tabla 2.22).

El otro esquema organizado es administrado por el Sindicato Agrícola, y comenzó a funcionar en FY93, cuando tuvo gastos iniciales de LE 143.000. Se estiman los gastos de servicios médicos de otros sindicatos en menos de LE 4 millones anualmente durante FY89- 93.

Uso de fondos

La información es escasa sobre las actividades y los gastos detallados de los diversos sindicatos. Sin embargo, el sindicato médico es el más importante, y tiene la mayor proporción de sus gastos en el financiamiento de consultas médicas ambulatorias y en medicamentos. El gasto total en medicamentos es bajo, y mucho menos del 50% reportado por HIO y los planes de seguro privados.

Organizaciones sin Fines de Lucro

Hay un gran número de organizaciones no gubernamentales (ONG) en Egipto, pero su presencia en los sectores sociales es menor que en la mayoría de los países de la región del Sub-Sahara africano y de Asia. Además, las ONG extranjeras son comparativamente insignificante en Egipto. En conjunto, el sector ONG es regulado por el GOE bajo la Ley 32 de 1964. Todas las ONG, extranjeras y locales, requieren una aprobación oficial del MOSA para operar, y deben estar registradas ya sea a nivel nacional o a nivel de gobernación,

dependiendo del alcance de sus actividades. Las finanzas de las ONG están sujetas a regulación y los fondos dotales no está permitida. Todas las actividades para recolectar fondos del público en general deben ser aprobadas, y sólo un número limitado de proyectos de recolección de fondos son aprobados cada año. Todo apoyo extranjero debe ser reportado y aprobado por MOSA. Estas reglas oficiales restringen la capacidad de recolección de fondos de las ONG (Banco Mundial, 1991a).

MOSA tiene un sistema de concesiones para ONG registradas, pero éstas parecen comprender sólo una pequeña proporción del financiamiento total de estas organizaciones, probablemente menos del 20% (LaTowsky et al., 1994). Ya que todas las ONG registradas deben reportar sus cuentas financieras a MOSA, debería ser relativamente fácil en teoría determinar los gastos totales para todas las ONG oficialmente registradas y estimar la proporción gastada en actividades relacionadas a la salud. Sin embargo, MOSA ya no publica estadísticas de años recientes, y no es claro si existen estadísticas completas disponibles centralmente en MOSA, ya que muchos de los archivos se guardan en papel a nivel de gobernación. Adicionalmente, hay probablemente algunas actividades de las ONG que no se informan a MOSA, y en el caso de las no reportadas, es probable que algunas ONG no divulguen detalles financieros completos o precisos.

Dado estos problemas, las siguientes estimaciones son presentadas por gastos de ONG en salud durante FY89-92. El límite superior de las estimaciones asume que los gastos relacionados a salud de ONG puede ser hasta 50% más grande de lo reportado a MOSA.

Tabla 2.23

Gastos de ONG en actividades relacionadas con la salud, FY89-92 (Estimado)

	<i>FY89</i>	<i>FY90</i>	<i>FY91</i>	<i>FY92</i>
Gastos totales (LE millones)	28 - 50	34 - 62	42 - 76	46 - 85
Financiado por MOSA (LE millones)	4 - 8	5 - 9	6 - 11	7 - 12
Financiado por hogares y otras fuentes	24 - 42	29 - 53	36 - 65	39 - 73

Nota: Éstas son estimaciones basadas en muy limitados datos. CAPMAS ha reportado gastos totales y subsidios gubernamentales de las MCH, FP y sociedades de multipropósito registrados oficialmente para FY85-87. Estas cifras fueron tomadas y luego extrapoladas para el FY89-92 suponiendo una proporción constante del PGB como el límite más bajo de las estimaciones informadas anteriormente. También asume que 50% de los gastos de sociedades de multipropósitos están relacionadas al área de la salud. Las estimaciones resultantes fueron validadas con los datos recolectados por LaTowsky et al. (1994). El estudio de LaTowsky et al. está hecho sobre las ONG en tres gobernaciones, pero incluye estimaciones de los gastos totales de las ONG a través de Egipto, lo que es consistente con estas estimaciones de las ONG para actividades relacionadas con la salud.

Uso de fondos

Las ONG no son una fuente primaria de financiamiento para el sistema de cuidado de salud. La mayor parte de los fondos recibidos por las ONG provienen directamente de los hogares, principalmente de cobros a usuarios por servicios prestados. Solo una pequeña fracción de su financiamiento es obtenido a través del gobierno o donantes (LaTowsky et al., 1994). La principal proporción de las ONG dentro de las actividades de salud es probablemente en la provisión de servicios clínicos, la mayoría de los cuales son administrados sobre la base de recuperación total de costos. El mínimo de sus actividades es dedicado a la provisión de cuidado hospitalario.

Gastos de los hogares

El gasto de los hogares es claramente la fuente de financiamiento más grande y más importante del sistema de salud egipcio. Sin embargo, no es fácil obtener una estimación precisa de su nivel efectivo de gasto. El gasto en cuidado de la salud de los hogares puede ser estimado ya sea a través de los ingresos de los proveedores del sector salud o a través de encuestas a los hogares. Sin embargo, como en la mayoría de los países, en Egipto no hay datos disponibles confiables sobre el ingreso de proveedores privados. Por consiguiente, las estimaciones de gastos de los hogares deben basarse en información obtenida a través de encuestas a los hogares.

Cifras sobre gastos de salud de los hogares se encuentran disponibles en tres encuestas conducidas en años recientes. Estas son la encuesta de presupuesto familiar CAPMAS 1990/ 91, una encuesta reportada por Kemprecos y Oldham (1992), y los resultados preliminares de la encuesta de Harvard/ DOP. De estas encuestas, la de CAPMAS y la de Harvard son a nivel nacional. La encuesta CAPMAS fue administrada por un período de doce meses durante 1990/ 91, y la encuesta de Harvard se hizo en dos rondas durante 1994/ 95. La encuesta de Kemprecos y Oldham fue conducida en un distrito urbano de Giza durante 1992. Tabla 2.24 resume el nivel de gastos informado para cada una de estas encuestas.

Como se puede ver, hay una amplia dispersión de los niveles de gastos reportados en las diferentes encuestas. Es posible que existan cambios reales en el patrón de gastos de los hogares durante 1990-1995, pero éstos difícilmente explican las grandes diferencias observadas. Sin embargo, la experiencia sugiere que la encuesta de Harvard/ DOP, que fue especialmente diseñada para medir los gastos en salud familiar a nivel nacional, es probablemente más exacta que la encuesta CAPMAS que fue diseñada para obtener información sobre el nivel de gasto familiar de manera global. En la práctica, uno esperaría, por consiguiente, que la encuesta de CAPMAS

Tabla 2.24**Estimaciones de estudios recientes de gastos en salud del hogar**

Muestra	<i>CAPMAS</i>	<i>Kemprecos et al.</i>	<i>Harvard/ DOP</i>
	<i>Nacional</i>	<i>Distrito urbano de Giza</i>	<i>Nacional</i>
Período	1990/91	1992	1994/95
Gasto anual por hogares urbanos (LE nominal)	243	375	744
Gasto anual por hogares rurales (LE nominal)	148	na	400
Gasto anual nacional per cápita (LE nominal)	33	73	108
Gasto anual nacional per cápita (constantes FY90 LE)	33	39	63

Nota: Las cifras para gastos per cápita son dadas en términos constantes de FY90, basadas en una estimación del deflactor del PGB para los años calendarios 1992 y FY94.

subestime los gastos en salud familiar. Es posible obtener una estimación del nivel de subestimación examinando otras informaciones sobre el gasto en salud de los hogares para FY90, principalmente información sobre los montos vendidos por farmacias y cobros a usuarios en instalaciones públicas y de gobierno. La información sobre el nivel de ventas de farmacias es revisada en la siguiente sección de gastos farmacéuticos.

Gastos farmacéuticos

Los gastos farmacéuticos explican una gran proporción del gasto global en salud en Egipto. Egipto es uno de los productores más grandes de medicamentos entre los países en desarrollo de niveles de ingreso bajo y bajo-medio. La mayor parte de la producción consiste en la reformulación y envasado de ingredientes importados. El grueso de los medicamentos consumidos en Egipto es distribuido por farmacias privadas, y corresponden a una gran proporción del gasto total en salud de los hogares.

Hasta mediados de los noventa, la venta de medicamentos en Egipto estuvo estrictamente regulada. La mayor proporción de la industria doméstica farmacéutica es pública y la distribución mayorista se encontraba en organizaciones paraestatales. Además, ha prevalecido por un largo período de tiempo, un sistema de control de precios de productos al consumidor final que, a diferencia de muchos otros países, parece ser acatado. Todos los medicamentos vendidos en el mercado egipcio requieren de una licencia, la que normalmente estipula el precio al que los medicamentos deben venderse. Existía un sistema

organizado de reporte y estadísticas relativamente confiables estaban disponible sobre la producción, importación, exportación y volumen de ventas de medicamentos al consumidor final. Este sistema de información ha sufrido en los últimos años como resultado de la liberalización y privatización parcial de la industria farmacéutica egipcia.

La Tabla 2.25 proporciona estimaciones oficiales del MOH sobre ventas totales de medicamentos en Egipto a precios de consumidor final, basado en datos suministrados por las autoridades regulatorias.

Tabla 2.25
Ventas de Medicamentos, FY85-92

<i>Año fiscal</i>	<i>Valor al menudeo (LE millones)</i>	<i>Volumen (unidades)</i>	<i>Cambio en valor al menudeo (%)</i>	<i>Cambio en volumen (%)</i>	<i>Consumo per cápita (LE)</i>
FY85	778,1	705,0	na	na	16,5
FY86	954,0	773,9	23	10	19,8
FY87	1.094,2	821,4	33	6	22,1
FY88	1.217,8	840,7	11	23	24,8
FY89	1.395,1	822,8	15	- 2	27,3
FY90	1.766,6	844,5	27	3	33,7
FY91	1.988,5	771,8	13	- 9	36,9
FY92	2.270,7	859,1	14	11	41,0

Fuente: Estimaciones de MOH del valor del menudeo del consumo total de medicamentos en Egipto.

Las cifras sobre la distribución de ventas por sector de compra están disponibles en una encuesta conducida por DOP de las 25 compañías farmacéuticas más grandes (Tabla 2.26). Las ventas fueron clasificadas por gobierno, otros sector público y sector privado. No está completamente claro lo que las compañías llamaron gobierno pero el examen de las cifras indicó que no podían incluir Hospitales Universitarios, HIO y los CCO, ya que sus compras de medicamentos es mucho más grande. Por consiguiente, gobierno probablemente se refiere únicamente a MOH y, posiblemente, a algunos otros Ministerios, que compran medicamentos en forma directa.

Las ventas al por menor, dadas en la Tabla 2.25, son mayores que las ventas al por mayor, dadas en la Tabla 2.26, porque hay una diferencia entre los precios de venta al por mayor y el precio al consumidor final porque varias compañías farmacéuticas e importadores no fueron incluidos en la encuesta de DOP. El cociente dado en la última columna de la Tabla 2.26 es, por consiguiente, una

Tabla 2.26**Distribución de ventas farmacéuticas por sector comprador, FY89- 92**

<i>Año fiscal</i>	<i>Ventas por sector comprador (LE millones)</i>			<i>Total</i>	<i>Razón de ventas al menudeo respecto al por mayor</i>
	<i>Gobierno</i>	<i>Otro Sector Público</i>	<i>Privado</i>		
FY89	55,2	203,8	696,8	955,8	1,46
FY90	83,6	265,7	855,2	1.204,5	1,46
FY91	100,0	300,2	981,2	1.381,4	1,44
FY92	138,0	373,4	1.097,3	1.608,7	1,41

Nota: Basado en datos recolectados de 25 compañías farmacéuticas por DOP. La última columna da la razón entre ventas totales a precio al por mayor reportado por estas compañías y ventas totales al menudeo dadas en Tabla 2.25.

función del sobreprecio de los medicamentos (que varía entre 10 a 25%), y de la participación en las ventas de compañías no incluidas en la encuesta. Durante el período FY89-92, hubo una leve disminución en las ventas de medicamentos a precios de venta al por mayor en términos reales (Figura 2.3). Las compras del sector privado cayeron tanto en términos porcentuales como en valor. No obstante, el sector privado permaneció como el distribuidor de medicamentos más importante, con una participación de mercado declinando levemente desde 73% a 68% durante FY89-92. El gobierno, principalmente el MOH, aumentó sus compras durante este periodo, con un incremento de su participación en el total desde 5,8% de las ventas en FY89 a 8,6% en FY92. Sin embargo, estas cifras sobrestiman la proporción de MOH en el volumen de ventas, toda vez que el MOH puede estar comprando medicamentos con un mayor descuento sobre el precio al por menor que otros compradores, y mientras el resto de pequeñas empresas no encuestadas estén vendiendo una mayor proporción de sus productos al sector privado.

El grueso de los medicamentos vendidos al sector privado son eventualmente vendidos en el mercado minorista por farmacias. Los médicos en Egipto no pueden vender o distribuir medicamentos, y las cantidades que usan cuando ejercen deben ser relativamente pequeñas. Otro consumidor de medicamentos es el sector de hospitales privados, pero de nuevo es improbable que éste sea un usuario gravitante. Si asumimos que la participación de las farmacias en las ventas al por menor es similar a la participación de sector privado en la compra de medicamentos, entonces se puede derivar las siguientes estimaciones de las ventas totales de medicamento a través de farmacias (Tabla 2.27).

Como se puede ver, las compras de medicamentos estimadas desde farmacias llegaron a LE 28 per cápita en FY92. Mientras ésto representó un incremento en términos nominales, hubo de hecho una disminución del 16% en el consumo per cápita medido en términos reales.

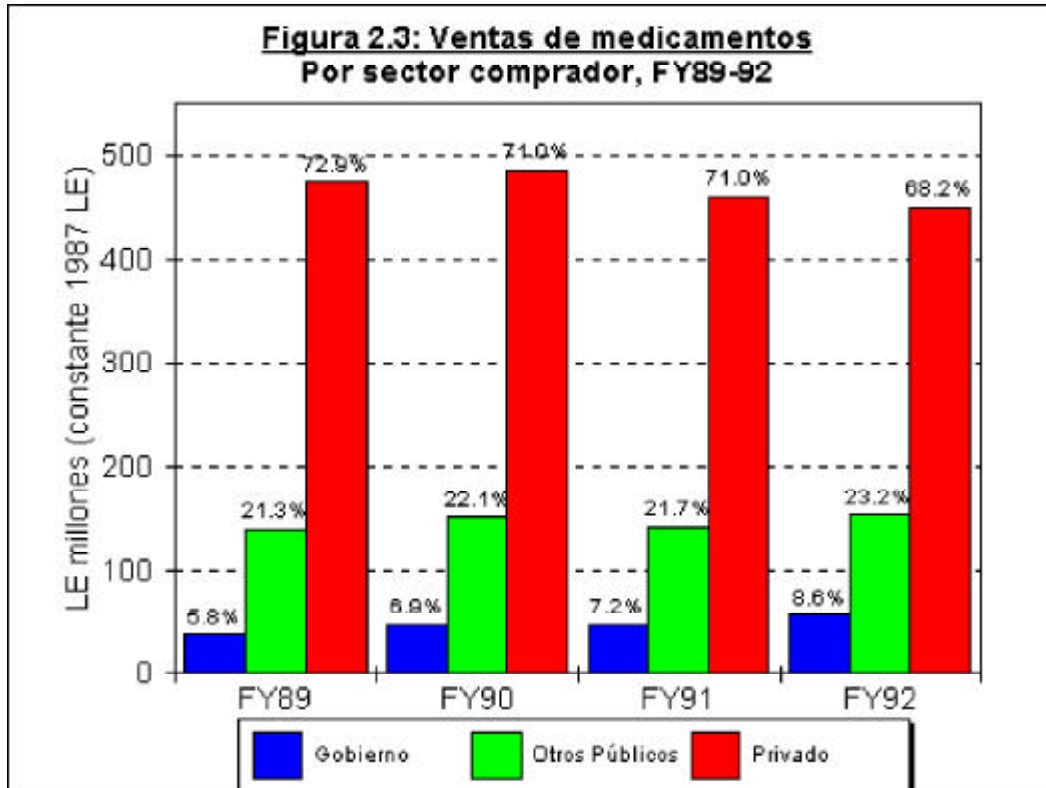


Tabla 2.27**Ventas al menudeo de medicamentos por farmacias (Estimado)**

Año fiscal	Consumo total medicamentos	Ventas estimadas de farmacias	Compras per cápita de medicamentos de farmacias	
	(LE millones)	(LE millones)	LE nominal	Constante 1987 LE
FY89	1.395	1.017	19,9	13,5
FY90	1.767	1.254	23,9	13,6
FY91	1.988	1.412	26,2	12,3
FY92	2.271	1.549	27,9	11,4

Nota: Ver texto para detalles de estimación. El deflactor de precios usado es el deflactor de precios general y, por lo tanto, no refleja precisamente los cambios en precios farmacéuticos durante este período.

Comparación de datos farmacéuticos con los resultados de la encuesta CAPMAS

La encuesta de presupuesto familiar CAPMAS 1990/ 91 fue una encuesta a hogares a nivel nacional que intentó medir el consumo total familiar en todos los artículos de gasto. La encuesta tuvo varias secciones, una de las cuales era sobre gastos relacionados con la salud. La lista de artículos para los cuales el gasto fue registrado se presenta en la Tabla 2.28.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, el gasto per cápita en medicamentos fue de LE 19,08. Lo que equivale a LE 1.000,6 millones a nivel nacional. Esta cifra puede ser directamente comparada con la estimación de las ventas totales farmacéuticas derivadas de los reportes de ventas al MOH, el cual es de LE 1.254 millones. La Tabla 2.29 compara las cifras reportadas en la encuesta CAPMAS y las estimaciones previas de ventas farmacéuticas y cobros a usuarios de los hospitales.

Estos resultados indican que el nivel general de subestimación de los gastos en la sección salud de la encuesta familiares CAPMAS estuvo en el rango de 20 a 30%. En la práctica, el grado de subestimación (o sobreestimación) varía por cada artículo dentro de cada sección. El supuesto más razonable a hacer es que la subestimación de los gastos en medicamento es menor debido al corto período usado en el cuestionario y al hecho que los individuos tienden a recordar más fácilmente las compras de artículos que las compras de servicios. Sin embargo, hay datos insuficientes para investigar esto, y el supuesto más conservador es que todos los gastos fueron igualmente subvaluados en 20%. Este supuesto justificaría un ajuste mínimo hacia arriba en 20% de todas las estimaciones de CAPMAS, como es indicado en Tabla 2.30.

Tabla 2.28**Medida de gastos en salud de los hogares en la encuesta de CAPMAS 1990/ 91**

Numero Artículo	Artículo de Gasto	Período	Gastos per cápita anual (LE)
1	Medicamentos regulares	1 mes	9,30
2	Medicamentos irregulares	3 meses	9,78
3	Honorarios médicos- investigaciones generales	3 meses	5,59
4	Pruebas médicas	3 meses	1,49
5	Radiografías/ Investigaciones radiológicas	1 año	0,58
6	Endoscopía/ Cateterización	1 año	0,06
7	Cobros por ECG/ EKG	1 año	0,16
8	Ayudas médicas/ lentes/ etc.	1 año	0,60
9	Cobros por diálisis (Renal)	1 año	0,33
10	Suministros médicos- Jeringas/ algodón/ etc.	3 meses	0,88
11	Honorarios por dentistas	1 año	0,45
12	Cobros por hospital (hospitales Gubernamentales)	1 año	0,83
13	Cobros por hospital (Inversión en hospitales)	1 año	2,00
14	Cobros por hospital (HIO)	1 año	0,18
15	Honorarios de Dayas	1 año	0,19
16	Otro servicios médicos	1 año	0,62
17	Primas del seguro de salud	1 mes	3,13

Notas: Tomado del Plan 7 de la encuesta publicada. Traducción de DDM.

Tabla 2.29**Comparación de gastos reportados en encuesta de CAPMAS con otra estimación**

Artículo de gasto	Estimación de CAMPUS (LE millones)	Otra estimación (LE millones)	Razón de CAPMAS con respecto a otra estimación
Compra de medicamentos	1.001	1.254	0,80
Honorarios a hospitales gubernamentales	43	63	0,68

Notas:

1. Todas las estimaciones son para FY90.

2. Los cobros de hospitales gubernamentales son estimados sumando ingresos por pacientes estimados por instalación de MOH, y Hospitales Universitarios y de Enseñanza.

3. Estimación alternativa de honorarios médicos se basa en análisis de la primera ronda de la Encuesta de Salud de Hogares de DDM.

Tabla 2.30**Estimaciones ajustadas de gastos en salud de los hogares basado en la encuesta de CAPMAS**

Número Artículo	Artículo de Gasto	Estimación sin ajustar (LE millones)	Estimación ajustada del gasto nacional (LE millones)
1	Medicamentos regulares	488	610
2	Medicamentos irregulares	513	641
3	Honorarios médicos- investigaciones generales	293	366
4	Pruebas médicas	78	98
5	Radiografías/ Investigaciones radiológicas	30	38
6	Endoscopía/ Cateterización	3	4
7	Cobros por ECG/ EKG	8	10
8	Ayudas médicas/ lentes/ etc.	31	39
9	Cobros por diálisis (Renal)	17	22
10	Suministros médicos- Jeringas/ algodón/ etc.	46	58
11	Honorarios por dentistas	24	29
12	Cobros por hospital (hospitales Gubernamentales)	44	54
13	Cobros por hospital (Inversión en hospitales)	105	131
14	Cobros por Hospital (HIO)	9	12
15	Honorarios de Dayas	10	12
16	Otros servicios médicos	33	41
17	Primas del seguro de salud	164	205
	Gastos totales en Salud del Hogar	1.896	2.370
	Gastos totales en Salud del Hogar excluyendo primas del seguro	1.732	2.165

Notas: Ver texto para discusión.

Estimaciones finales de gastos familiares en salud

La estimación ajustada del gasto en salud familiar dado anteriormente puede ser nuevamente revisado para alcanzar consistencia interna con los datos en otros artículos del gasto en salud y con los resultados provisionales de la primera ronda de la encuesta de salud familiar de Harvard/ DOP en 1994. Esta encuesta indica que los gastos totales en salud familiar alcanzaron a LE 605 por hogar en

1994.² Ajustando por inflación, este gasto es considerablemente más alto que el reportado por la encuesta CAPMAS. Sin embargo, como fue explicado, es probable que parte de esta diferencia se deba a una relativamente grande subvaloración en la encuesta de CAPMAS. La magnitud de esta subvaloración debiera ser menor para las compras de medicamentos, y las cifras apoyan este argumento. La encuesta CAPMAS reportó que aproximadamente el 57,8% del gasto fue en compras de medicamentos, mientras la encuesta Harvard/DOP encontró una participación del 50,6%.

Si se toma el punto medio de estas dos estimaciones como la participación real, es decir, 54,2%, y se asume que la estimación de compras de medicamentos es correcta, entonces es necesario ajustar hacia arriba los gastos que no correspondan a medicamentos en otro 15%. En este caso, la estimación final de gastos totales en salud familiar sería de LE 2.302 millones, de los cuales las compras de medicamentos llegaría a 54%. Esto es equivalente a LE 44 per cápita.

Usando los resultados de la primera ronda de la encuesta Harvard/ DOP como guía, es posible desagregar estos gastos en gastos de medicamentos, tratamiento hospitalario y ambulatorio. Esto entrega la estimación final dada en Tabla 2.31.³

Tabla 2.31

Estimación final de gastos en salud de los hogares, FY90

<i>Item</i>	<i>Monto</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Compra de medicamentos	LE 1.251 millones	54 %
Cuidado ambulatorio	LE 821 millones	36 %
Cuidado hospitalario	LE 230 millones	10 %
Gastos totales	LE 2.302 millones	100 %

Fuente: Ver texto.

Estas estimaciones fueron luego usadas para asignar el gasto familiar a través de todos los tipos de proveedores, tomando en consideración toda la información restante que estaba disponible sobre el financiamiento de los hogares a varios proveedores. La estimación final se presenta en Tabla 1.2, que representa la mejor estimación de la distribución de gastos de los hogares en forma desagregada.

2/ La discusión en esta sección se refiere a los gastos en salud familiar excluyendo las primas de seguros.

3/ Los resultados provisionales de la primera ronda de la Encuesta de Gastos y Utilización de Salud Familiar de Harvard/DOP ha sido usada en estas estimaciones. Los resultados de ambas rondas están ahora disponibles, los que indican un nivel mayor de gastos en salud que los registrados en la primera ronda.

Notas Finales

El sistema de salud egipcio es pluralista y complejo. La cantidad de información disponible acerca del sistema y su financiamiento es limitado, y la calidad es frecuentemente cuestionable. Tradicionalmente, las políticas de salud han sido formuladas sobre la base de lo que es conocido acerca del sector público y la contribución del sector privado ha sido ya sea ignorada u obscurecida. De esta forma, Egipto no es muy diferente a la mayoría de los países en desarrollo. Sin embargo, ha sido posible compilar un conjunto razonablemente preciso y detallado de Cuentas Nacionales de Salud para Egipto con una limitada inversión en tiempo, recursos humanos y financieros. Estas Cuentas entregan una visión global no solo del papel del financiamiento público, sino también del financiamiento y provisión privada. Estas cuentas pueden ser mejoradas en términos de confiabilidad y detalle, pero es improbable que el cuadro global del sistema de financiamiento cambie.

La existencia de un conjunto de cuentas nacionales de salud debería ayudar a describir y comprender los problemas del sistema de salud egipcio, y también a asistir en el desarrollo de reformas potenciales. Por ejemplo, los encargos de formular políticas en años recientes han gastado muchos esfuerzos intentando encontrar soluciones a los problemas de lo que es percibido como bajo nivel de entrada de recursos financieros al sistema de salud y, en particular, un bajo nivel de contribuciones de los hogares a su propio cuidado de salud. Sin embargo, las Cuentas Nacionales de Salud indican un nivel relativamente alto de recursos financieros entrando al sistema de salud, y un nivel relativamente alto de gastos de los hogares. Esto sugeriría que los problemas principales del sistema son de otra naturaleza.

Los sistemas de salud no son estáticos, cambian a través del tiempo. Idealmente, un conjunto de cuentas nacionales de salud podría ser compilado cada año. Sin embargo, los recursos técnicos y financieros son limitados y una repetición anual de la compilación de estas estimaciones no es posible o probable. La mayor cantidad de información utilizada es generada sobre una base regular por varias agencias de gobierno. Por lo tanto, sería posible actualizar estas cuentas anualmente, particularmente en el caso de los gastos en salud del gobierno. Por supuesto, esto requeriría el establecimiento de una capacidad institucional dentro del MOH para repetir este trabajo regularmente. Hoy en día, esto es improbable que ocurra. La revisión anual de las estimaciones de gasto privado no es posible, ya que los datos de encuestas sobre los gastos familiares

Sin embargo, hay algún indicio que los resultados de las dos rondas puedan tener una sobreestimación de los gastos totales en salud. Por esta razón, estos resultados más recientes no han sido usados, hasta que las razones para las discrepancias sean mejor entendidas.

están disponibles con una baja frecuencia. A pesar de lo anterior, un conjunto detallado de datos sobre gastos familiares en salud está disponible para 1994/95 en la Encuesta de Gastos y Utilización de Salud Familiar de Harvard. Por lo tanto, será posible actualizar estas Cuentas Nacionales fácilmente.

Este reporte ha entregado solamente estimaciones de gastos en salud por fuentes y usos a nivel nacional. Datos adicionales disponibles permiten desagregar los gastos en base geográfica, así como de acuerdo a grupos socioeconómicos. Se espera entregar tales estimaciones en un futuro cercano.

Bibliografía

- Birdsall, N y R Hecht, (1995). "Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health." *HRO Working Paper No. 55*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Chellaraj, G., (1994). Personal communication. Washington, DC: Banco Mundial (MN2PH).
- D'Agnes, T y OF Picazo, (1993). "Feasibility Assessment of Expanding the Egyptian Medical Union's Health Insurance Program." Reporte no publicado preparado para USAID/Cairo, Oficina de Salud.
- Economist Intelligence Unit. Varios años. "Country Report: Egypt." London: Economist Intelligence Unit Limited
- Economist Intelligence Unit. Varios años. "Country Profile: Egypt." London: Economist Intelligence Unit Limited
- Kemprecos, L., (1994). "Health Care Financing in Egypt." Reston, VA: Cambridge Consulting Corporation.
- Kemprecos, L y L Oldham, (1992). "Economic Surveys for Health Financing and Sustainability: Final Report." Reporte preparado para el Cost Recovery for Health Project, El Cairo, Egipto.
- LaTowsky, RJ, TA Ghany y H Tamaa, (1994). "Egypt PVO Sector Study," *Report No. 1: Financial profile of Egypt's PVO Sector*. Reporte preparado para el Banco Mundial, Washington, DC.
- Meerman, J., (1979). "Public Expenditure in Malaysia: Who Benefits and Why." New York: Oxford University Press.
- Michaud, C y C Murray, (1993). "Aid Flows to the Health Sector in Developing Countries." *Background paper preparado for World Development Report 1993*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Nandakumar, AK y A Awelam, (1995). "School Health Insurance: The Experience in Egypt." *Paper no publicado*.
- Rannan-Eliya, RP y P Berman, (1993). "National Health Accounts in Developing Countries: Improving the Foundation." *DDM Publication No.2*. Boston, MA:

Escuela de Salud Pública de Harvard.

Banco Mundial, (1991a). "Egypt: Alleviating Poverty during Structural Adjustment." Washington, DC: World Bank.

Banco Mundial, (1991b). "Indonesia: Health Planning and Budgeting." Washington, DC: World Bank.

Banco Mundial, (1993). "Investing in Health." *World Development Report 1993*: Oxford: Oxford University Press.

Banco Mundial, (1994a). "Private Sector Development in Egypt: The Status and Challenges", Reporte preparado para la Conferencia "Private Sector Development in Egypt: Investing in the Future", El Cairo, Octubre 9-10, 1994.

World Bank, (1994b). *World Tables 1994*. Diskette edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Anexo Estadístico

1. Información General

Tabla A1.1

Datos macroeconómicos básicos para Egipto

<i>Año</i>	<i>Población (millones)</i>	<i>PGB a precios de mercado (LE mil millones)</i>	<i>PGB per cápita (LE nominal)</i>	<i>Tipo de cambio (LE por US\$)</i>
1985	46,511	33,1	712	0,955
1986	47,694	38,4	804	1,069
1987	48,879	45,3	926	1,273
1988	50,064	54,6	1.090	1,761
1989	51,246	65,6	1.280	1,937
1990	52,426	78,9	1.505	2,229
1991	53,571	98,7	1.842	3,009
1992	54,679	118,2	2.161	3,323

Fuente: Banco Mundial (1994b).

Tabla A1.2**Indicadores sociales para Egipto**

<i>Año</i>	<i>Tasa de mortalidad infantil</i>	<i>Esperanza de vida al nacimiento</i>	<i>Tasa total de fertilidad</i>	<i>Tasa de enrolamiento para educación primaria</i>
1985				91,0
1986				88,0
1987	86,0	59,1	4,3	96,0
1988				96,0
1989				98,0
1990				101,0
1991				101,0
1992	57,0	61,6	3,8	

Fuente: Banco Mundial (1994b).

Tabla A1.3
Deflatores de Precios para Egipto, 1985-1993

<i>Año calendario</i>	<i>Año fiscal</i>	<i>Deflactor del PGB (1987= 100)</i>	<i>Deflactor derivado del PGB para el año fiscal (1987= 100)</i>
1985	FY85	77,1	82,0
1986	FY86	86,9	93,4
1987	FY87	100,0	108,0
1988	FY88	116,0	125,7
1989	FY89	135,4	147,2
1990	FY90	158,9	176,6
1991	FY91	194,3	213,1
1992	FY92	232,0	244,0
1993		256,0	

Nota: Las series del deflactor del PGB provienen del Banco Mundial (1994b), y son equivalentes al deflactor implícito del PGB. Esta serie se construye en base al año calendario, y por lo tanto, no puede ser aplicada directamente a datos correspondientes al año fiscal, como fue hecho en Kemprecos (1994). El deflactor derivado del año fiscal es estimado como un promedio aritmético para los años correspondientes de la primera serie de datos, con el índice base equivalente a 100 a comienzos de 1987.

2. Gastos del MOH

Tabla A2.1

Gastos de MOH per cápita, FY89-92 (efectivos en constantes 1987 LE)

Nivel	Año fiscal				Cambio FY
	FY89	FY90	FY91	FY92	89-92
MOH oficina principal	0,93	0,99	1,82	2,15	133%
El Cairo	7,30	6,68	5,84	5,33	- 26%
Alejandro	9,46	8,74	7,36	7,85	- 16%
Suez	13,48	11,08	11,25	10,93	- 18%
Puerto Said	16,22	14,89	14,86	14,41	- 10%
Ismailia	9,84	10,72	13,12	11,23	15%
Daqahlia	7,23	6,64	7,21	6,26	- 13%
Gharbia	8,87	8,64	8,04	7,56	- 14%
Qalyoubia	6,94	6,17	5,86	5,54	- 19%
Damietta	12,80	13,45	12,48	10,41	- 18%
Sharqia	6,11	6,60	6,64	5,04	- 17%
Beheira	6,62	6,02	6,17	4,69	- 29%
Menoufia	7,21	6,44	6,54	6,17	- 14%
Kafr El Sheikh	6,81	6,25	6,75	6,27	- 7%
Giza	5,40	4,96	5,17	4,82	- 10%
Fayoum	6,88	6,31	5,80	5,34	- 22%
Assiut	7,32	6,85	7,29	6,50	- 10%
Beni Suef	9,19	8,31	9,96	6,92	- 24%
Aswan	14,13	12,66	12,45	12,78	8%
Luxor	na	na	na	na	na
Sohag	5,59	5,14	5,07	5,05	- 9%
Minya	6,74	5,91	10,96	10,93	64%
Qena	5,94	4,10	5,01	4,89	- 17%
Matrouh	14,42	11,64	11,49	10,66	- 26%
Mar Rojo	26,74	20,84	22,11	33,02	25%
Sinaí Norte	22,36	20,73	15,60	13,93	- 37%
Sinaí Sur	52,17	48,31	43,41	44,46	- 14%
Nuevo Valle	32,60	30,39	30,23	50,45	56%
Total	8,57	8,08	9,11	8,90	+5%

Fuente: MOF y DOP. Todas las cifras son gastos efectivos. Luxor es una nueva gobernación creada de la división de Aswan en Aswan y Luxor. DOP fue incapaz de suministrar la información de las poblaciones separadas de cada gobernación, así que ninguna estimación per cápita es dada para Luxor. Las cifras de Aswan son del área original Aswan, incluyendo a Luxor.

Tabla A2.2

Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY92 (efectivo en LE nominal)

Unidad	Capítulos				Total	Per cápita
	1	2	3	4		
MOH oficina principal	13.053.441	161.685.56	118.466.00	0	293.205.00	5,3
El Cairo	60.271.287	23.786.011	3.086.996	1.041.916	88.186.210	13,1
Alejandro	40.469.757	13.684.240	7.742.804	2.517.734	64.414.535	19,3
Suez	5.855.984	3.366.441	1.039.176	3.992	10.265.593	26,9
Puerto Said	10.812.550	3.869.663	1.259.050	173.705	16.114.968	35,4
Ismailia	8.927.488	2.560.067	4.604.522	1.641.464	17.733.541	27,6
Daqahlia	42.886.697	8.814.475	9.313.819	466.313	61.481.304	15,4
Gharbia	42.371.295	12.289.473	6.092.309	271.201	61.024.278	18,6
Qalyoubia	27.586.493	9.199.049	3.072.981	20	39.858.543	13,6
Damietta	11.499.875	6.596.667	3.110.915	482.602	21.690.059	25,6
Sharqia	36.794.282	6.997.769	4.514.374	768.557	49.074.982	12,4
Beheira	26.888.775	11.175.567	5.606.946	0	43.671.288	11,5
Menoufia	27.614.769	7.256.319	4.074.984	0	38.946.072	15,2
Kafr El Sheikh	20.917.184	6.093.017	5.039.739	42.154	32.092.094	15,4
Giza	32.420.674	14.646.945	3.154.083	21.966	50.243.668	11,9
Fayoum	17.838.903	4.934.190	1.321.380	35.101	24.129.574	13,1
Assiut	31.098.382	6.053.062	3.899.782	0	41.051.226	16,0
Beni Suef	22.042.117	4.833.661	1.141.471	589.178	28.606.427	17,0
Aswan	14.601.239	7.082.550	6.747.236	1.078.370	29.509.395	42,2
Luxor	3.169.753	1.820.272	2.040.076	3.046.949	10.077.050	na
Sohag	24.243.539	6.662.523	3.899.782	0	34.805.844	12,4
Minya	33.710.514	40.784.394	7.050.447	352.100	81.897.455	26,9
Qena	20.521.798	7.409.701	3.770.155	0	31.701.654	12,0
Matrouh	2.897.809	1.630.668	621.836	0	5.150.313	26,1
Mar Rojo	2.651.529	1.996.511	2.697.242	1.996.273	9.341.555	81,2
Sinaí Norte	5.013.418	1.791.166	1.078.987	0	7.883.571	34,3
Sinaí Sur	2.007.423	1.007.476	1.435.720	306.501	4.757.120	108,1
Nuevo Valle	5.148.216	3.041.543	5.148.216	3.041.543	16.379.518	124,1
Total	593.315.19	381.068.98	221.031.02	17.877.639	1.213.292.	21,9

Fuente: MOF y DOP. Todas las cifras son gastos efectivos en LE nominal.

Nota: Población total estimada de Luxor no estuvo disponible para DOP al momento de escribir este reporte, y así ninguna cifra de gasto per cápita en esa gobernación es dada. Las cifras para Aswan se refieren a Luxor y Aswan combinadas.

Tabla A2.3

Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY92 (porcentaje del total)

Unidad	Capítulos				Total	LE Per cápita
	1	2	3	4		
MOH oficina principal	4,5	55,1	40,4	0,0	100,0	5,3
El Cairo	68,3	27,0	3,5	1,2	100,0	13,1
Alejandro	62,8	21,2	12,0	3,9	100,0	19,3
Suez	57,0	32,8	10,1	0,0	100,0	26,9
Puerto Said	67,1	24,0	7,8	1,1	100,0	35,4
Ismailia	50,3	14,4	26,0	9,3	100,0	27,6
Daqahlia	69,8	14,3	15,1	0,8	100,0	15,4
Gharbia	69,4	20,1	10,0	0,4	100,0	18,6
Qalyoubia	69,2	23,1	7,7	0,0	100,0	13,6
Damietta	53,0	30,4	14,3	2,2	100,0	25,6
Sharqia	75,0	14,3	9,2	1,6	100,0	12,4
Beheira	61,6	25,6	12,8	0,0	100,0	11,5
Menoufia	70,9	18,6	10,5	0,0	100,0	15,2
Kafr El Sheikh	65,2	19,0	15,7	0,1	100,0	15,4
Giza	64,5	29,2	6,3	0,0	100,0	11,9
Fayoum	73,9	20,4	5,5	0,1	100,0	13,1
Assiut	75,8	14,7	9,5	0,0	100,0	16,0
Beni Suef	77,1	16,9	4,0	2,1	100,0	17,0
Aswan	49,5	24,0	22,9	3,7	100,0	42,2
Luxor	31,5	18,1	20,2	30,2	100,0	na
Sohag	69,7	19,1	11,2	0,0	100,0	12,4
Minya	41,2	49,8	8,6	0,4	100,0	26,9
Qena	64,7	23,4	11,9	0,0	100,0	12,0
Matrouh	56,3	31,7	12,1	0,0	100,0	26,1
Mar Rojo	28,4	21,4	28,9	21,4	100,0	81,2
Sinaí Norte	63,6	22,7	13,7	0,0	100,0	34,3
Sinaí Sur	42,2	21,2	30,2	6,4	100,0	108,1
Nuevo Valle	31,4	18,6	31,4	18,6	100,0	124,1
Total	48,9	31,4	18,2	1,5	100,0	21,9

Fuente: MOF y DOP. Todas las cifras son gastos efectivos en LE nominal

Nota: La población total estimada de Luxor no estuvo disponible para DOP al momento de escribir este reporte y, por lo tanto, no hay ninguna cifra en términos de gasto per cápita en esa gobernación. Las cifras de Aswan corresponden a Luxor y Aswan combinados.

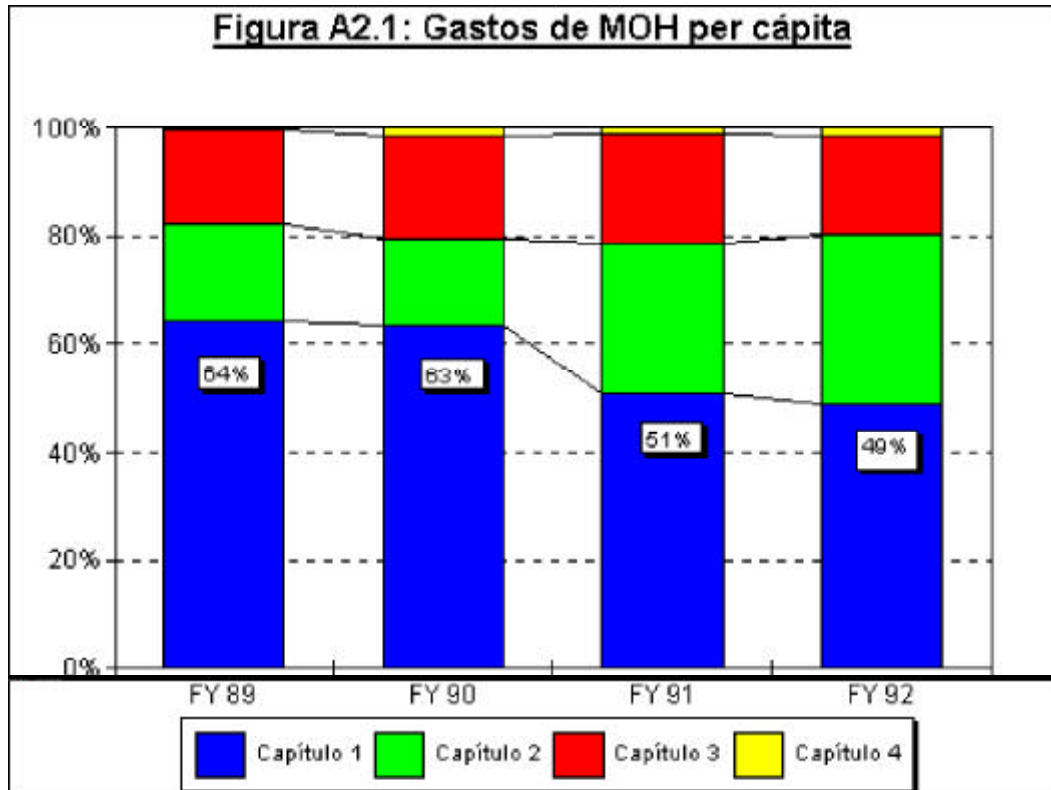


Tabla A2.4

Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY89 (efectivo en LE nominal)

Unidad	Capítulos				Total	Per cápita
	1	2	3	4		
MOH oficina principal	9.539.070	.	60.447.00	.	69.986.07	1,4
El Cairo	41.816.62	17.337.79	7.459.001	601.889	67.215.30	10,7
Alejandro	27.321.63	10.024.70	5.183.583	15.572	42.545.49	13,9
Suez	4.761.311	1.764.783	757.521	900	7.284.515	19,8
Puerto Dijo	7.756.487	2.290.993	368.065	0	10.415.54	23,9
Ismailia	6.402.615	1.589.264	0	598.765	8.590.644	14,5
Daqahlia	28.480.33	5.902.499	4.848.814	0	39.231.65	10,6
Gharbia	28.488.76	6.539.611	4.176.737	6.973	39.212.08	13,1
Qalyoubia	19.272.07	6.764.477	1.665.063	156.606	27.858.21	10,2
Damietta	7.397.780	3.668.538	3.426.569	175.762	14.668.64	18,8
Sharqia	27.358.55	5.021.562	0	159.186	32.539.30	9,0
Beheira	25.279.17	6.227.377	1.977.782	207.637	33.691.97	9,7
Menoufia	19.070.66	4.462.284	1.443.100	0	24.976.05	10,6
Kafr El Sheikh	13.872.46	3.661.722	1.460.332	0	18.994.52	10,0
Giza	21.504.23	7.951.037	2.663.645	38.115	32.157.03	7,9
Fayoum	12.397.31	3.380.635	895.223	14.548	16.687.71	10,1
Assiut	20.239.09	4.292.746	824.858	43.888	25.400.58	10,8
Beni Suef	15.619.89	3.345.748	1.645.654	0	20.611.29	13,5
Aswan	10.324.48	4.460.548	2.229.099	651.888	17.666.02	23,6
Luxor	2.121.126	305.718	0	0	2.426.844	na
Sohag	16.346.84	3.874.755	1.074.037	0	21.295.63	8,2
Minya	19.887.91	5.212.893	2.719.828	1.542	27.822.17	9,9
Qena	14.125.97	5.210.086	1.547.112	24.710	20.907.88	8,7
Matrouh	2.213.448	986.898	486.380	0	3.686.726	21,2
Mar Rojo	2.020.188	1.106.088	861.081	13.107	4.000.464	39,2
Sinaí Norte	4.149.971	1.047.703	839.829	68.669	6.106.172	32,8
Sinaí Sur	1.490.171	474.037	408.082	52.316	2.424.606	75,8
Nuevo Valle	3.490.442	1.402.710	882.729	0	5.775.881	48,1
Total	412.748.6	118.307.2	110.291.1	2.832.073	644.179.0	12,6

Fuente: MOF y DOP. Todas las cifras son gastos efectivos en LE nominal.

Nota: La población total estimada de Luxor no estuvo disponible para DOP al momento de escribir este reporte y, por lo tanto, no hay ninguna cifra en términos de gasto per cápita en esa gobernación. Las cifras de Aswan corresponden a Luxor y Aswan combinados.

Tabla A2.5

Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY89 (porcentaje del total)

Unidad	Capítulos				Total	LE Per cápita
	1	2	3	4		
MOH oficina principal	na	na	na	na	100,0	5,3
El Cairo	62,2	25,8	11,1	0,9	100,0	13,1
Aleandría	64,2	23,6	12,2	0,0	100,0	19,3
Suez	65,4	24,2	10,4	0,0	100,0	26,9
Puerto Said	74,5	22,0	3,5	0,0	100,0	35,4
Ismailia	74,5	18,5	0,0	7,0	100,0	27,6
Daqahlia	72,6	15,0	12,4	0,0	100,0	15,4
Gharbia	72,7	16,7	10,7	0,0	100,0	18,6
Qalyoubia	69,2	24,3	6,0	0,6	100,0	13,6
Damietta	50,4	25,0	23,4	1,2	100,0	25,6
Sharqia	84,1	15,4	0,0	0,5	100,0	12,4
Beheira	75,0	18,5	5,9	0,6	100,0	11,5
Menoufia	76,4	17,9	5,8	0,0	100,0	15,2
Kafr El Sheikh	73,0	19,3	7,7	0,0	100,0	15,4
Giza	66,9	24,7	8,3	0,1	100,0	11,9
Fayoum	74,3	20,3	5,4	0,1	100,0	13,1
Assiut	79,7	16,9	3,2	0,2	100,0	16,0
Beni Suef	75,8	16,2	8,0	0,0	100,0	17,0
Aswan	58,4	25,2	12,6	3,7	100,0	31,4
Luxor	87,4	12,6	0,0	0,0	100,0	na
Sohag	76,8	18,2	5,0	0,0	100,0	12,4
Minya	71,5	18,7	9,8	0,0	100,0	26,9
Qena	67,6	24,9	7,4	0,1	100,0	12,0
Matrouh	60,0	26,8	13,2	0,0	100,0	26,1
Mar Rojo	50,5	27,6	21,5	0,3	100,0	81,2
Sinaí Norte	68,0	17,2	13,8	1,1	100,0	34,3
Sinaí Sur	61,5	19,6	16,8	2,2	100,0	108,1
Nuevo Valle	60,4	24,3	15,3	0,0	100,0	124,1
Total	64,1	18,4	17,1	0,4	100,0	21,9

Fuente: MOF y DOP. Todas las cifras son gastos efectivos en LE nominal

Nota: Las cifras de la oficina principal del MOH son de cuestionable confiabilidad, y así que no se da ninguna desagregación para este año. La población total estimada de Luxor no estuvo disponible para DOP al momento de escribir este reporte y, por lo tanto, no hay ninguna cifra en términos de gasto per cápita en esa gobernación. Las cifras de Aswan corresponden a Luxor y Aswan combinados.

Tabla A2.6

Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY90 (efectivo en LE nominal)

Unidad	Capítulos				Total	Per cápita
	1	2	3	4		
MOH oficina principal	11.211.31	na	80.059.00	na	91.270.31	1,7
El Cairo	47.672.20	17.230.32	6.806.235	4.131.962	75.840.72	11,8
Alejandro	31.382.66	10.708.00	6.362.187	0	48.452.85	15,4
Suez	5.119.929	1.700.914	558.675	0	7.379.518	19,6
Puerto Said	8.946.030	2.325.403	428.639	81.875	11.781.94	26,3
Ismailia	7.174.723	1.666.051	1.819.648	869.808	11.530.23	18,9
Daqahlia	33.376.68	6.435.302	4.321.832	273.946	44.407.76	11,7
Gharbia	32.971.69	8.011.385	5.960.096	163.541	47.106.71	15,3
Qalyoubia	21.867.98	6.551.264	1.851.712	280.501	30.551.46	10,9
Damietta	8.640.392	4.541.783	2.848.356	2.974.279	19.004.81	23,8
Sharqia	31.309.06	5.397.114	6.523.543	83.946	43.313.66	11,7
Beheira	29.805.83	5.984.100	1.935.931	0	37.725.87	10,6
Menoufia	21.735.39	4.602.830	1.180.248	0	27.518.46	11,4
Kafr El Sheikh	16.041.94	4.094.002	1.351.185	0	21.487.12	11,0
Giza	24.947.83	9.301.774	2.137.688	9.018	36.396.31	8,8
Fayoum	14.200.99	3.232.906	1.385.003	34.043	18.852.94	11,1
Assiut	23.767.40	4.318.908	958.647	273.385	29.318.34	12,1
Beni Suef	17.968.58	3.414.894	1.602.221	8.763	22.994.46	14,7
Aswan	11.549.68	4.467.756	1.995.492	1.493.339	19.506.27	31,6
Luxor	2.467.801	1.136.885	4.459.187	0	8.063.873	na
Sohag	18.513.15	3.984.359	1.084.711	570.460	24.152.68	9,1
Minya	22.441.99	5.434.988	2.004.380	213.175	30.094.53	10,4
Qena	16.377.34	540.794	884.201	0	17.802.33	7,2
Matrouh	2.423.028	989.139	222.531	24.510	3.659.208	20,6
Mar Rojo	2.224.736	1.049.066	570.947	600	3.845.349	36,8
Sinaí Norte	4.702.353	1.114.884	1.097.070	61.097	6.975.404	36,6
Sinaí Sur	1.652.240	574.414	495.358	50.699	2.772.711	85,3
Nuevo Valle	3.908.995	1.767.549	964.900	13.000	6.654.444	53,7
Total	474.401.9	120.576.7	141.869.6	11.611.94	748.460.3	14,3

Source: MOF y DOP. Todas las cifras son gastos efectivos en LE nominal.

Nota: La población total estimada de Luxor no estuvo disponible para DOP al momento de escribir este reporte y, por lo tanto, no hay ninguna cifra en términos de gasto per cápita en esa gobernación. Las cifras de Aswan corresponden a Luxor y Aswan combinados.

Tabla A2.7

**Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY90
(porcentaje del total)**

<i>Unidad</i>	<i>Capítulos</i>				<i>Total</i>	<i>LE Per cápita</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>		
MOH oficina principal	na	na	na	na	100,0	1,7
El Cairo	62,9	22,7	9,0	5,4	100,0	11,8
Alejandro	64,8	22,1	13,1	0,0	100,0	15,4
Suez	69,4	23,0	7,6	0,0	100,0	19,6
Puerto Said	75,9	19,7	3,6	0,7	100,0	26,3
Ismailia	62,2	14,4	15,8	7,5	100,0	18,9
Daqahlia	75,2	14,5	9,7	0,6	100,0	11,7
Gharbia	70,0	17,0	12,7	0,3	100,0	15,3
Qalyoubia	71,6	21,4	6,1	0,9	100,0	10,9
Damietta	45,5	23,9	15,0	15,7	100,0	23,8
Sharqia	72,3	12,5	15,1	0,2	100,0	11,7
Beheira	79,0	15,9	5,1	0,0	100,0	10,6
Menoufia	79,0	16,7	4,3	0,0	100,0	11,4
Kafr El Sheikh	74,7	19,1	6,3	0,0	100,0	11,0
Giza	68,5	25,6	5,9	0,0	100,0	8,8
Fayoum	75,3	17,1	7,3	0,2	100,0	11,1
Assiut	81,1	14,7	3,3	0,9	100,0	12,1
Beni Suef	78,1	14,9	7,0	0,0	100,0	14,7
Aswan	59,2	22,9	10,2	7,7	100,0	31,6
Luxor	30,6	14,1	55,3	0,0	100,0	na
Sohag	76,7	16,5	4,5	2,4	100,0	9,1
Minya	74,6	18,1	6,7	0,7	100,0	10,4
Qena	92,0	3,0	5,0	0,0	100,0	7,2
Matrouh	66,2	27,0	6,1	0,7	100,0	20,6
Mar Rojo	57,9	27,3	14,8	0,0	100,0	36,8
Sinaí Norte	67,4	16,0	15,7	0,9	100,0	36,6
Sinaí Sur	59,6	20,7	17,9	1,8	100,0	85,3
Nuevo Valle	58,7	26,6	14,5	0,2	100,0	53,7
Total	63,4	16,1	19,0	1,6	100,0	14,3

Fuente: MOF y DOP. Todas las cifras son gastos efectivos en LE nominal.

Nota: Las cifras de la oficina principal del MOH son de cuestionable confiabilidad, y así que no se da ninguna desagregación para este año. La población total estimada de Luxor no estuvo disponible para DOP al momento de escribir este reporte y, por lo tanto, no hay ninguna cifra en términos de gasto per cápita en esa gobernación. Las cifras de Aswan corresponden a Luxor y Aswan combinados.

Tabla A2.8

**Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY91
(Efectivo en LE nominal)**

Unidad	Capítulos				Total	Per cápita
	1	2	3	4		
MOH oficina principal	12.585.05	78.121.91	118.826.0	0	209.532.9	3,9
El Cairo	52.685.81	23.035.71	5.980.382	323.339	82.025.25	12,5
Alejandro	34.912.79	8.398.730	7.490.700	15.523	50.817.75	15,7
Suez	5.582.122	2.534.528	826.642	139.813	9.083.105	24,0
Puerto Said	9.756.846	3.980.792	560.491	0	14.298.12	31,7
Ismailia	7.776.543	2.719.297	6.826.727	143.000	17.465.56	28,0
Daqahlia	37.653.68	10.724.75	10.476.54	909.435	59.764.42	15,4
Gharbia	36.517.61	14.353.05	3.701.787	6.072	54.578.52	17,1
Qalyoubia	24.321.43	8.708.626	2.558.170	150.644	35.738.87	12,5
Damietta	9.629.689	6.672.851	5.516.250	81.505	21.900.29	26,6
Sharqia	33.878.59	7.843.518	6.192.552	6.345.981	54.260.64	14,2
Beheira	32.956.04	10.602.14	4.501.404	138.858	48.198.45	13,2
Menoufia	24.216.13	6.634.784	3.857.226	0	34.708.14	13,9
Kafr El Sheikh	18.381.38	9.247.746	1.345.160	0	28.974.29	14,4
Giza	28.199.74	15.221.73	2.654.714	153.395	46.229.58	11,0
Fayoum	15.789.10	4.517.265	1.388.760	43.185	21.738.31	12,4
Assiut	27.953.20	9.274.036	1.136.899	395.136	38.759.27	15,5
Beni Suef	19.861.03	5.630.388	8.702.196	253.004	34.446.62	21,2
Aswan	12.731.91	7.607.100	2.246.416	1.413.136	23.998.56	34,0
Luxor	2.676.324	1.512.787	2.466.709	128.333	6.784.153	na
Sohag	21.458.37	5.757.047	2.249.805	0	29.465.22	10,8
Minya	29.698.25	33.070.07	6.387.450	4.086	69.159.87	23,4
Qena	18.575.04	7.048.130	1.571.015	0	27.194.18	10,7
Matrouh	2.496.226	1.570.372	499.051	0	4.565.649	24,5
Mar Rojo	2.357.299	1.198.835	1.577.184	2.430	5.135.748	47,1
Sinaí Norte	4.673.053	1.776.689	464.998	0	6.914.740	33,2
Sinaí Sur	1.845.085	853.829	308.896	415.578	3.423.388	92,5
Nuevo Valle	4.514.029	2.720.354	1.013.436	0	8.247.819	64,4
Total	533.682.4	291.337.1	211.327.5	11.062.45	1.047.409.	19,4

Source: MOF y DOP. Todas las cifras son gastos efectivos en LE nominal.

Nota: La población total estimada de Luxor no estuvo disponible para DOP al momento de escribir este reporte y, por lo tanto, no hay ninguna cifra en términos de gasto per cápita en esa gobernación. Las cifras de Aswan corresponden a Luxor y Aswan combinados

Tabla A2.9

**Distribución de gastos del MOH por capítulo presupuestario, FY91
(porcentaje del total)**

Unidad	Capítulos				Total	LE Per cápita
	1	2	3	4		
MOH oficina principal	6,0	37,3	56,7	0,0	100,0	3,9
El Cairo	64,2	28,1	7,3	0,4	100,0	12,5
Alejandro	68,7	16,5	14,7	0,0	100,0	15,7
Suez	61,5	27,9	9,1	1,5	100,0	24,0
Puerto Said	68,2	27,8	3,9	0,0	100,0	31,7
Ismailia	44,5	15,6	39,1	0,8	100,0	28,0
Daqahlia	63,0	17,9	17,5	1,5	100,0	15,4
Gharbia	66,9	26,3	6,8	0,0	100,0	17,1
Qalyoubia	68,1	24,4	7,2	0,4	100,0	12,5
Damietta	44,0	30,5	25,2	0,4	100,0	26,6
Sharqia	62,4	14,5	11,4	11,7	100,0	14,2
Beheira	68,4	22,0	9,3	0,3	100,0	13,2
Menoufia	69,8	19,1	11,1	0,0	100,0	13,9
Kafr El Sheikh	63,4	31,9	4,6	0,0	100,0	14,4
Giza	61,0	32,9	5,7	0,3	100,0	11,0
Fayoum	72,6	20,8	6,4	0,2	100,0	12,4
Assiut	72,1	23,9	2,9	1,0	100,0	15,5
Beni Suef	57,7	16,3	25,3	0,7	100,0	21,2
Aswan	53,1	31,7	9,4	5,9	100,0	34,0
Luxor	39,4	22,3	36,4	1,9	100,0	na
Sohag	72,8	19,5	7,6	0,0	100,0	10,8
Minya	42,9	47,8	9,2	0,0	100,0	23,4
Qena	68,3	25,9	5,8	0,0	100,0	10,7
Matrouh	54,7	34,4	10,9	0,0	100,0	24,5
Mar Rojo	45,9	23,3	30,7	0,0	100,0	47,1
Sinaí Norte	67,6	25,7	6,7	0,0	100,0	33,2
Sinaí Sur	53,9	24,9	9,0	12,1	100,0	92,5
Nuevo Valle	54,7	33,0	12,3	0,0	100,0	64,4
Total	51,0	27,8	20,2	1,1	100,0	19,4

Fuente: MOF y DOP. Todas las cifras son gastos efectivos en LE nominal.

Nota: La población total estimada de Luxor no estuvo disponible para DOP al momento de escribir este reporte y, por lo tanto, no hay ninguna cifra en términos de gasto per cápita en esa gobernación. Las cifras de Aswan corresponden a Luxor y Aswan combinados.

3. Notas sobre la construcción de estimaciones de NHA para FY90

Gastos del MOH

Los gastos reportados por el MOH fueron de LE 748,5 millones en FY90. A este monto se le debe agregar cualquier cobro a usuarios generado por las instalaciones del MOH que no fueron reportados al MOF o incluidos en la contabilidad de los servicios. El monto total de cobro a usuarios fue estimado conservadoramente en LE 11 millones usando las cifras reportadas. A este monto se le agregó la cantidad de LE 4 millones, que es arbitraria pero conservadora, de ingresos por cobros a usuarios no reportados por los servicios.

El destinatario más importante de ayuda es el MOH. Como se explicó en la sección que revisó los gastos del MOH, es difícil determinar precisamente el monto total de asistencia recibida por el MOH. Para fines de las estimaciones de NHA, se asumió que aproximadamente tres cuartas partes de la ayuda oficial en donaciones (75% del total o LE 135 millones) es dada para apoyar al MOH y sus actividades. Esto es bastante consistente con la limitada información disponible de los programas de ayuda de algunos donantes. Así, una significativa proporción del presupuesto oficial del MOH es formado por asistencia dada por donadores oficiales. Esto incluye ya sea la asistencia en la forma de concesiones directas y préstamos, así como la ayuda en especies, ya que la práctica contable del MOF incluye a ambas formas. Sin embargo, no está claro que el MOF necesariamente valore toda la asistencia en especies a los costos efectivos de los donantes extranjeros, y es probable que algunas formas de asistencia sean subvaluadas en el presupuesto del MOH. Además, también se da el caso que ayudas para apoyar a los programas del MOH no aparezcan en la contabilidad del MOH ya que son usadas para procurar directamente servicios de terceras partes a proveedores. Ya que es difícil cuantificar cada uno de estos problemas, se asume para propósitos de estas estimaciones de NHA, que un tercio (33%) de toda ayuda extranjera dada al MOH no es contabilizada por MOF como parte del presupuesto del MOH.

Basado en los supuestos anteriores, los gastos totales del MOH se estiman en LE 798 millones. Esta cantidad incluye los gastos oficialmente registrados, así como un monto significativo de gasto no registrados en las cuentas. La siguiente tabla entrega una desagregación de varias fuentes de recursos para los gastos del MOH, asumida con el propósito de estimar NHA.

Tabla A3.1
Estimación de gastos del MOH por NHA, FY90

Artículo	Monto (LE millones)
Transferencia del MOF al MOH*	647
Apoyo de donante para el MOH incluido en las cuentas*	90
Ingresos por cobro a usuario del MOH registrado en las cuentas	11
Gastos totales del MOH registrados por MOF	748
Apoyo de donante para el MOH no incluido en las cuentas*	45
Ingresos por cobro a usuario del MOH no registrado en las cuentas*	4
Gastos totales del MOH no registrados por MOF*	49
Gastos totales estimado del MOH	797

Nota: Los artículos marcados con un asterisco* son estimaciones.

Hospitales de Enseñanza

El ingreso de los Hospitales de Enseñanza fue reportado en LE 66 millones en FY90 por el MOF, de los cuales LE 4 millones corresponden a honorarios de pacientes. La mayoría provino del MOF, pero algunos Hospitales de Enseñanza recibieron apoyo de donadores extranjeros. Una estimación razonable de este apoyo extranjero es de LE 3 millones, y es asumido para fines de estimaciones de NHA que sólo dos tercios de este monto fue contabilizado por las cuentas dadas al MOF.

Hospitales Universitarios

Los gastos totales de Hospitales Universitarios se estimaron en LE 334 millones en FY90. Sin embargo, los Hospitales Universitarios reportan datos que indican que 5% de sus ingresos provino de fuentes diferentes a pacientes y MOF. Información disponible de donadores extranjeros indica que Hospitales Universitarios reciben un apoyo significativo de los donadores, quizás alrededor de LE 20-30 millones. Asumiendo que un tercio de la asistencia de los donadores no es contabilizada en las cuentas de los Hospitales Universitarios, y que el 5% de los ingresos adicionales reportados anteriormente fue principalmente de donadores, es posible llegar a la estimación de ingresos de los hospitales universitarios.

Tabla A3.2**Estimación de ingreso de hospitales universitarios por NHA, FY90**

Artículo	Monto (LE millones)
Transferencia del MOE hacia hospitales universitarios*	270
Apoyo de donantes incluidos en las cuentas*	16
Ingresos por pacientes registrados en las cuentas	48
Ingresos totales registrados en las cuentas de los hospitales	334
Apoyo de donantes no incluidos en las cuentas*	8
Ingresos totales no registrados en las cuentas de los hospitales	8
Ingresos totales estimados	342

Nota: Los artículos marcados con un asterisco* son estimaciones.