



Un Sistema de Cuentas de Salud

EDICIÓN 2011



Organización
Mundial de la Salud

Un Sistema de Cuentas de Salud 2011



**Organización
Mundial de la Salud**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Un sistema de cuentas de salud 2011.

1.Gastos en Salud. 2.Contabilidad. 3.Prestación de Atención de Salud. 4.Financiación de la Atención de la Salud.
5.Costos de la Atención en Salud. I.Organization for Economic Co-operation and Development. II.Organización Mundial de la Salud. III.Statistical Office of the European Communities.

ISBN 978 92 4 350734 7

(Clasificación NLM: W 74.1)

© Organización Mundial de la Salud, 2014

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Créditos de la Fotografía: Ilustración Cubierta: © Adam Gault/OJO Images/Getty Images

Printed in Geneva

Prólogo

Los sistemas de atención de la salud de todos los países siguen evolucionando en respuesta a los cambios continuos en los patrones demográficos y de las enfermedades, los rápidos avances tecnológicos y los cada vez más complejos mecanismos de prestación y financiamiento, por nombrar sólo algunos pocos factores. En el esfuerzo por alcanzar algunos de los objetivos comunes del sistema de atención de la salud relacionados con la equidad, la eficiencia y la efectividad de la atención, una de las preguntas clave que surge en los formuladores de políticas es: “¿Cuánto gastamos en salud y este gasto es medido de manera comparable?”

A fin de satisfacer las demandas crecientes de analistas y formuladores de políticas en lo que se refiere a esta información sobre el gasto en salud, Un Sistema de Cuentas de Salud (SCS) propone un marco de referencia para lograr una descripción sistemática de los flujos financieros relacionados con la atención de la salud. El propósito del SCS es describir el sistema de atención de la salud desde la perspectiva del gasto, tanto para fines internacionales como nacionales.

Luego de la publicación original de la OCDE en el año 2000 de Un sistema de cuentas de salud y de la subsecuente Guía del Productor para la producción de cuentas nacionales de salud con aplicaciones específicas en los países de ingresos bajos y medios, publicación conjunta de la OMS, el Banco Mundial y USAID en 2003, los países han reunido ya casi diez años de experiencia en el campo de la contabilidad de la salud. Esto ha dejado ver la necesidad de una actualización para rectificar algunas de las deficiencias claras en el manual original, pero también ha representado una oportunidad para tomar en cuenta algunos de los nuevos desarrollos en los sistemas de atención de la salud. Con el fin de alcanzar un estándar global en la contabilidad de la salud, la OCDE, Eurostat y la OMS emprendieron un esfuerzo colaborativo y acordaron en 2006 llevar a cabo la revisión del Manual de SCS.

El Sistema de Cuentas de Salud 2011 es el resultado de un proceso de cuatro años de consulta exhaustiva y de gran amplitud en el que se han reunido insumos y comentarios de una multitud de expertos nacionales y otras organizaciones internacionales en todo el mundo. Se agradecen todas sus valiosas contribuciones. El Manual busca alcanzar un consenso y, al mismo tiempo, reflejar las diferentes perspectivas y prioridades en el creciente dominio de las cuentas de salud.

La publicación SCS 2011 fue preparada por el Equipo Internacional de Cuentas de Salud (International Health Accounts Team/IHAT), que incorpora los siguientes expertos en cuentas de salud de las tres organizaciones: Roberto Astolfi, Rebecca Bennett, Hartmut Buchow, William Cave, Didier Dupré, Patricia Hernández, Sandra Hopkins, Dorota Kawiorska, Luca Lorenzoni, Nathalie Van de Maele, David Morgan, Cornelis van Mosseveld, Eva Orosz, Markus Schneider, Tessa Tan Torres y Jens Wilkens así como los comentarios sobre los múltiples borradores de otros colegas. Un reconocimiento especial se dirige a los directivos de las tres organizaciones coordinadoras, incluyendo Anne Clemenceau, Marleen De Smedt, David Evans, Mark Pearson, y Peter Scherer por su apoyo en la conducción del proceso de revisión del SCS. El Manual es una coedición de la OCDE, la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud.

Índice

Prólogo	5
Agradecimientos	13

Parte I

Fundamentos del Sistema de Cuentas de Salud

Capítulo 1. Introducción	19
Antecedentes	20
Diferencias y mejoras entre el SHA 1.0 y SHA 2011	21
Función y organización del manual	22
Capítulo 2. Objetivos y Principios de las Cuentas de Salud	25
Introducción	26
Antecedentes	26
Propósitos y objetivos del Sistema de Cuentas de Salud 2011	27
Principios del Sistema de Cuentas de Salud 2011	27
Usos analíticos	31
Capítulo 3. Conceptos Contables y Agregados del SHA	35
Introducción	36
Contabilidad y contabilidad nacional, base del Sistema de Cuentas de Salud	36
Consumo, disponibilidad y uso de los bienes y servicios de salud	37
Principales agregados del gasto en salud	40
Resto del mundo	46
Momento del registro	47
Cuantificación del consumo y producción: producción de mercado y de no mercado	48
Tratamiento de los subsidios y otras transferencias a los proveedores	49
Los límites en la producción de servicios de salud	50
Relación entre gasto corriente en salud y componentes de consumo en el SCN	52
Capítulo 4. Límites Globales de la Salud	55
Introducción	56
Definición de los gastos corrientes en salud	56
Límites de la cuenta de gasto corriente en salud	61
Límites de las cuentas de gastos adicionales del SCS	69
Capítulo 5. Clasificación de las Funciones de Salud (ICHA-HC)	77
Introducción	78
Consumo en salud según su propósito	78
Usos del enfoque funcional	80
Características de la clasificación funcional del SCS 2011	80
Fundamentos de la clasificación por funciones	82
Notas explicativas a la clasificación ICHA-HC de funciones de salud	94
Capítulo 6. Clasificación de los Proveedores de Servicios de Salud (ICHA-HP)	135
Introducción	136
Conceptualización de la clasificación de proveedores de servicios de salud	136
Descripción y directrices para los encargados de generar las cuentas	144
Notas aclaratorias a la clasificación ICHA-HP de proveedores de servicios de salud	146
Capítulo 7. Clasificación de los Esquemas de Financiamiento (ICHA-HF)	171
Introducción	172

Concepto principal	174
Definición de esquema de financiamiento de la salud	184
Notas a la clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud ICHA-HF	186
Problemas conceptuales específicos	204
Principales pasos para adaptar el SHA 1.0 o la Guía del Productor de cuentas de salud de un país al SHA 2011	215

Parte II

Clasificaciones Adicionales de las Cuentas de Salud, Aplicaciones y Métodos

Capítulo 8. Clasificación de los Ingresos de los Esquemas de Financiamiento a la Salud (ICHA-FS)	219
Introducción	220
Concepto principal	220
Definición de ingresos de los esquemas de financiamiento	221
Notas explicativas de la clasificación ICHA-FS de los ingresos de los esquemas de financiamiento	224
Problemas conceptuales específicos	229
Tablas del SHA sobre recaudación de fondos	232
Herramientas adicionales	234
Capítulo 9. Clasificación de los Factores de Provisión de Salud (ICHA-FP)	237
Introducción	238
Concepto principal	239
Notas relativas a la clasificación y tipos de categorías seleccionadas	240
Notas explicativas a la clasificación ICHA-FP de factores de provisión de salud	242
Capítulo 10. Gasto en Salud por Características del Beneficiario	253
Introducción	254
Antecedentes	254
Usos analíticos	257
Estructura posible para analizar los gastos por beneficiario	260
Alcance de los gastos en salud que se tienen en cuenta al hacer los análisis por características de los beneficiarios	261
Relación con las principales estimaciones en el SHA	262
Clasificación de beneficiarios	263
Posibles modelos metodológicos	273
Capítulo 11. Formación de Capital en los Sistemas de Salud	277
Introducción	278
Definición de formación de capital bruto en el SHA	278
Formación bruta de capital fijo	278
Variaciones en inventarios y adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos	292
Diferentes enfoques para calcular la formación bruta de capital	293
Consumo de capital fijo en el SHA	296
Cuenta de capital	297
Otras partidas debajo de la línea	301
Capítulo 12. Comercio de Servicios de Salud	307
Introducción	308
Antecedentes y cuestiones políticas	309
Conceptos y definiciones básicas	312
Importaciones y exportaciones en el Sistema de Cuentas de salud	320
Fuentes de datos para calcular el comercio internacional de servicios de salud en el SHA.....	325
Notificación del comercio de bienes y servicios de la salud en la estructura del SHA	334
Capítulo 13. Medidas de Precio y Volumen	339
Introducción	340
Medición de las variaciones del precio y volumen en la estructura del SHA	340
Índices intertemporales de precio y volumen	342
Medidas de mercado y de no mercado en la salud	344
Clasificación de productos por su precio y volumen	346

Medición por rama de actividad del proveedor	348
Medición de las variaciones en calidad	353
Índices de precios y volumen entre países	355
Capítulo 14. Manual de Cálculo y Contabilidad Básica	361
Introducción	363
Criterios contables básicos	362
Introducción al proceso de compilación del SHA	364
Asuntos generales sobre mediciones	373
Problemas de medición en un caso especial	382
Capítulo 15. Presentación de los Resultados, Tablas e Indicadores Básicos	385
Introducción	386
El informe de las cuentas de salud	387
Series temporales de las CS	394
Uso de las cuentas de salud con información adicional del sistema de salud	397
Información sobre el país	397
Metadatos y fuentes de datos	398
Comprobaciones de calidad	398
Bases de datos nacionales, regionales e internacionales	398
Selección de tablas que se mencionan en este capítulo	413
Referencias	420
Annex A. Relación entre la ICHA y otras clasificaciones	429
Annex B. La Relación Entre el SHA y el SCN	473
Annex C. Profesionales de la Salud, Profesionales Asociados a la Salud y CIUO-08	505
Annex D. Sistemas de Financiamiento de la Salud – Herramientas Complementarias	509
Annex E. Clasificación de los Productos de la Salud	527
Annex F. Clasificaciones Médicas	565
Annex G. Normas Internacionales y de Clasificaciones de Comercio y Turismo	581
Tablas	
3.1. Relación entre el gasto corriente en el SHA y la terminología del SCN	53
4.1. Casos dudosos en el marco básico contable del SCS	74
5.1. Clasificación de las funciones de salud	92
5.2. Componentes de prevención y salud pública en SHA 1.0 y SHA 2011	121
5.3. MTCA como partidas de notificación en HC.RI.2	129
6.1. Clasificación de organizaciones en la provisión de servicios de salud y dimensiones del sistema de salud	141
6.2. Clasificación de Proveedores de Salud	147
7.1. Conceptos básicos de financiamiento a la salud y clasificaciones en el SHA 2011 y SHA 1.0/Manual del productor	178
7.2. Principales características de los esquemas de financiamiento a la salud	183
7.3. Clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud	185
7.4. ICHA-HF en SHA 2011 comparada con SHA 1.0	187
7.5. Gasto en esquemas de financiamiento social, privado y privado obligatorio	206
7.6. Gasto en salud financiado con recursos públicos, privados obligatorios y privados	206
7.7. Posibles agentes de financiamiento de los principales tipos de esquemas de financiamiento	209
8.1. Comparación de FS en el SHA 2011 con el Guía del Productor	222
8.2. Clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud	223
8.3. Notificación sugerida de los préstamos como partida debajo de la línea en la clasificación FS to the FS classification	229
8.4. Ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud por unidades institucionales y tipos de ingresos	233
8.5. Subcategorías de transferencias de los ingresos públicos internos	233
8.6. Pagos de los hogares por atención en el SHA 2011	235
9.1. Clasificación de los factores de provisión de prestación de servicios de salud	240
9.2. Desglose adicional de los productos no pertenecientes a servicios de salud	247
9.3. Clasificación funcional y económica de los gastos cruzada	251

10.1	Clasificación de la enfermedad por categoría de carga global de la enfermedad (CGE) (GBD, por sus siglas en inglés)	268
10.2	Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) 10ª Revisión	269
11.1.	Clasificación de formación bruta de capital fijo en los sistemas de salud por tipo de activo	283
11.2	Cuenta de capital	300
12.1	Gasto en importaciones de servicios de salud por función y esquema de financiamiento	336
12.2	Gasto en exportación de servicios de salud por función y proveedor	337
13.1	Indicadores de producción por volumen de proveedores de servicios de salud (HP.1-HP.3)	352
14.1.	Ejemplo de proveedor: información de la actividad del hospital	370
14.2.	Ejemplo de fuente de financiamiento: Información Presupuestaria del Ministerio de Salud budgetary information	370
14.3.	Representación detallada de cómo se pueden guardar los datos en una base de datos	372
14.4.	Representación detallada de cómo se pueden guardar los datos en una base de datos	374
14.5.	Consumo de bienes médicos no especificados por función	376
15.1.	Ejemplos de indicadores utilizados en el análisis del gasto en salud	394
15.2.	Gasto en salud por funciones de atención y esquemas de financiamiento	400
15.3.	Gasto en salud por funciones de atención y proveedores atención	404
15.4.	Gasto en salud por proveedores de atención y esquemas de financiamiento	411
15.5.	Gasto en atención de salud por esquemas de financiamiento e ingresos de esquemas de financiamiento	414
15.6.	Gasto en salud por esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento	417
15.7.	Gasto en factores de provisión y proveedores de servicios de salud	418
A.1.1.	Agregados del SCN y SEEPROS de servicios de salud en relación al consumo	434
A.1.2.	Gasto público en salud (COFOG) por categorías en Austria, 2009 (en millones de euros)	436
A.1.3.	Agregados de salud del SCN por rama de actividad del proveedor	437
A.1.4.	Agregados de salud del SCN y SEEPROS relativos al financiamiento	439
A.1.5.	Cruce de la clasificación de funciones de salud (ICHA-HC) con las clasificaciones del SCN	441
A.1.6.	Correspondencia entre la clasificación de funciones de salud (ICHA-HC) y la COFOG y COICOP-Hogares	447
A.1.7.	Correspondencia entre la clasificación de funciones de salud (ICHA-HC) y la CCP	453
A.1.8.	Definiciones de las funciones de protección social (SEEPROS)	459
A.1.9.	Correspondencia entre la clasificación de salud (ICHA-HC) y SEEPROS	462
A.1.10.	Correspondencia entre las clasificaciones de proveedores de servicios de salud	466
A.1.11.	A.1.5. Correspondencia entre la clasificación de esquemas de financiamiento (ICHA-HF) y los sectores institucionales del SCN (Ejemplos)	471
A.1.12.	Correspondencia entre la clasificación de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP) y los sectores institucionales del SCN (Ejemplos)	472
B.1.1.	Tabla de oferta de salud (H-ST)	482
B.1.2.	Tabla de utilización de salud (H-UT)	486
B.1.3.	Cuenta de producción y generación de rentas de los proveedores de salud	495
B.1.4.	Cuentas de distribución secundaria de rentas	498
C.1.1.	Estructura CIUO-08 de los profesionales de la salud y profesionales de nivel medio de la salud	504
D.1.1.	Clasificación de agentes de financiamiento	508
D.1.2.	Ingresos y gastos de los esquemas gubernamentales de financiamiento a la salud (HF.1.1)	514
D.1.3.	Ingresos y gastos de esquemas gubernamentales de financiamiento a la salud (HF.1.1)	515
D.1.4.	Total de ingresos y gastos del gobierno relativos a la salud	516
D.1.5.	Cuenta de transferencias de los hogares específicas de salud y financiamiento neto con recursos propios	518
D.1.6.	Clasificación ICHA-HF del financiamiento de la salud en el SHA	519
F.1.1.	Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2)	563

F.1.2.	Clasificación Terapéutica Química (CTQ)	570
F.1.3.	Listado internacional abreviado de tabulación de morbilidad hospitalaria (ISHMT)	570
F.1.4.	Carga Global de la Enfermedad (GBD)	576
G.1.1.	Servicios de salud en la clasificación EBOPS 2010	587

Gráficos

2.1	Relación entre los marcos del sistema de salud y de las cuentas de salud	30
3.1	Usos de bienes y servicios de salud	39
4.1	Marco contable básico y ampliado del SCS 2011	60
5.1	Historia natural de la enfermedad y propósito de los bienes y servicios de salud	85
5.2	Árbol jerárquico de decisiones para la clasificación funcional	87
5.3	El límite de salud y social de la atención de larga duración (ALD)	104
5.4	Mecanismos de distribución de medicamentos	111
6.1	Resumen proveedores primarios y secundarios en la ICHA-HP	139
7.1	Representación gráfica de la estructura de financiamiento del SHA 2011	176
7.2	Árbol de decisiones para el financiamiento de la salud	184
7.3.	Relación entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento: correspondencia biunívoca	209
7.4.	Relación entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento: Ejemplo de un escenario institucional más complejo	210
7.5	Ejemplo de la relación entre esquemas gubernamentales, el gobierno como proveedor de recursos financieros y el gobierno como agente de financiamiento	213
7.6	Posibles funciones de los recursos extranjeros y unidades institucionales extranjeras (no residentes)	214
7.7	Esquemas de financiamiento en el contexto del SHA 2011 y SCN 2008	215
8.1	Transferencias de los fondos públicos a los esquemas de financiamiento	231
11.1	Gasto corriente en salud y formación bruta de capital in SHA	293
11.2	Consumo de capital fijo en SHA	296
12.1	Tratamiento de las importaciones en el SHA	325
12.2	Bienes y servicios de salud de proveedores no residentes en la tabla HCxHP	335
A.1.1	Correspondencia entre las clasificaciones del SCN/SEEPROS y SHA	431
B.1.1	Conjunto de información del SHA 2011	475
B.1.2	Conexiones entre el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) y el Sistema de Cuentas de la Salud (SHA)	477
B.1.3	Tablas de oferta y utilización (H-SUT)	481
G.1.1	Los cuatro modos de oferta de comercio en servicios de salud definidos por el GATS	583

Manual SCS 2011: Agradecimientos

Esta publicación se ha visto beneficiada por los muchos comentarios e insumos vertidos a lo largo del proceso de consulta por un gran número de expertos y organizaciones, incluyendo: Sawsan AbdulKarim, Aw Abou, Masoud Abbas Aboullhalaje, Jamal Abu Saif, Hedi Achouri, Nicoleta Adamescu, Novia Afdhila, Mathilde Agbodande, Leulseged Ageze, Soane 'Ahio, Tu'akoi 'Ahio, Togafiti Mateo AH Tong, Baktygul Akkazieva, Faisal Al Gohaly, Fatina Al Halwani, Masoud Al Aisiri, Ahmed Mohammed Al Qasmi, Patricia Allen, Tom Aliti, Alvaro Alonso-Garbayo, Mariam Ally, Selassi d'Almeida, Michael Amara, Donna Amaraich, Walid Ammar, Vinod B. Annigeri, Surya Prasad Archarya, Chokri Arfa, Héctor Arreola, Eyob Asbu, Maria Angelica Borges dos Santos, Daniel Arán, Manavahe Ata, U Aung Kyaing, Leticia Ávila, Osmat Azzam, AFM Azizur Rahman, Sarah Barber, Gilberto Barón, Ernesto Báscolo, Chuluunzagd Batbayar D. Bayarsaikhan, John Beard, Tahmina Begum, Pedro Bivona, Moussa Bizo, Gabriela Blejer, Marc Bura, Alexandra Carvalho, Leonor Cedillo, Kwok Cho Tang, M. K. Cham, Jie Chen, Bona Chitah, Ogochukwu Chukwujekwu, Prastuti Chusnum, Gerald Clariño, José Cleto, Andrea Collado, Cathy Cowan, Carlos Cruz Rivero, Jonathan Cylus, Godapitiya Dantanarayana Dayartne, Chimeddagva Dashzeveg, Zailan Dato' Adnan, Finka Denkova, Tesfaye Dejere, Carmelita Destreza, Mali-Diarra, Raul Figueroa Diaz, T.R. Dilip, Paul Dopsie, Michel Duée, Varatharajan Durairaj, Zine Eddine Elidrissi, Barbara Elisara, Aboubacry Fall, Tolu Fakeye, Irina Falkovich, Khadija Fariji, Tharanga Fernando, Nina Filipe, Milena Gajic, Gauden Galea, Charu Garg, Yogendra Gauchan, CK George, Anna Glenngård, Ketevan Goginashvili, Soraya González, Pepe Gotaha, George Gotsadze, Ramiro Guerrero Dania Guzman, Fatina Halawani, The National Board of Health and Welfare (Sweden), Canadian Institute for Health Information, Rozita Halina Tun Hussein, Hilda Harb, John Henderson, Frida Hjalte, Catharina Hjortsberg, Jakub Hrkal, Jacques Huguenin, Mohammed Nazmul Huq, Redencion M. Ignacio, Irene Ijoma, Mie Inoue, Wayne Irava, Galiya Ismurzina, Georgeta Istrate, Martin Iusitino, Jackson Jack, Christopher James, Natalja Jedomskihh-Eigo, Hyoung-Sun Jeong, Ben Jesse, Wu Jian, Siyabonga Jikwana, Solomon Kagulula, Toumelu Kalsakau, Humphrey Karamagi, Edward Kataika, Moussa Keita, Idrish Khan, Samvel Kharazyan, Maryam Khoshakhlagh, Geoffrey Kimani, Joses Kirigia, Felicia Knaul, Kalsum Komaryani, Michal Kozinski, Pablo Kuri, Joe Kutzin, Saras Lal, Rouselle Lavado, Han-Yul Lee, Josephine Libiran, Jennifer Ligoton, C Limbo, Christina Liwendahl, Joses M. Kirigia, Ricardo M. de Moraes, Sigita Maciukiene, Richard Madden, Hufanga Mafi, Ajay Mahal, Thomas Maina, Duong Manh Hung, Vittorio Mapelli, Maximilian Mapunda, Nora Markova, Marymell A. Martillan, Awad Mataria, Paulini Matavewa, Colin D. Mathers, Inke Mathauer, Thomas Mbeeli, Centers for Medicare and Medicaid Services (United States), Laurita Mendoza, Diana Miguez, Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión, Ministerio de Sanidad y Consumo (España), Ministry for Health and Prevention (Denmark), Ministry of Health and Social Affairs (Sweden), Dirk Moens, Jameson Mokoroe, Alejandro Moliné, Ceesay Momodou, Gabriela Morales, Dale Mudenda, Michael Müller, Navy Mulou, Stephen N Muchiri, Laurent Musango, Takondwa Mwase, Juliet Nabyonga, Mardiaty Nadjib, Somil Nagpal, Sunil Nandraj, Jamal Nasher, Wadji Ndack, Nafanua Ngau Chun, Gustavo Nigenda Manuela Nöthen, Mr Nzoya, Alana Officer, Marie-Jeanne Offossé, Alireza Olyae Manesh,

Aniceto Orbeta, Dan Osei, D. Otgonbaatar, Ousmane Oumarou, Alain Palacios, Lassina Pare, Walaiporn Patcharanarumol, La-Toya Peka Lee, Ramón Pérez Minaya, Víctor Pérez Pérez, Margarita Petrera, Vincent van Polanen Petel, Augusto Portocarrero Grados, Jean-Pierre Poullier, Nguyen Quang An, Isabel Quintela, Badri Raj Pande, Rachel H. Racelis, Azizur Rahman, Racquel Dolores Sabeñano, Babu Ram Shrestha, Y. Ramful, Ravindra Rannan-Eliya, Magdalena Rathe, Saadiya Razzaq, Keshwa RÅeddy, Cynthia Regalado, Jorge Relañó Toledano, Ade Renner, José Luis Reséndiz Jacinto, Carmen Reyes, Mary Reyes, Mardiat Hadiyin Rifai, Molly Robinson, Rosa Maria Rodríguez Skewes, Raymond Rossel, Tomas Roubal, Sarit Rout, Gloria Miriam Rubio, Luis Armando Ruiz Morales, Racquel Dolores Sabeñano, Belgacem Sabri, Rocío Sáenz, Auguste Sagbohan, Hossein Salehi, Farba Sall, Luis Salvador-Carulla, Ali Sani, Oscar Santiago Salinas, Jerónimo Santiago, Manuel Santo Landa Louhangale Sauaki, Rodrigo Saucedo, Shekhar Saxena, Claude Sekabaraga, Sakthivel Selvaraj, Arthur Sensenig, Mariyam Shafeeq, Aparnaa Somanathan, Carlos Sosa, Sidikou Soumana, Sidikou Soumaré, Alice Soumaré, Romaric Somé, Samrit Srithamrongsawat, Statistics Sweden, Kristina Stig, Bernd Struck, Ruben Suarez, Jing Sun, The Swedish Association of Local Authorities and Regions, Páll Szilárd, Meirvat Taha, Sosefina Taluata Tualaulelei, Viroj Tangcharoensathien, Jihane Tawilah, Adyl Temirov, Nguyen Thi Kim Phoung, Artiditaya Tiampriwan, Kanjana Tisayaticom, Angharad Toma, Sekou Touré, Viram Tovú, Jeffrey Tshabalala, Haltar Ulziiorshih, Kh. Uyanga, Werner Valdes Romero, Ricardo Valladares, Jan van Tongeren, Alexander Turdziladze, Chitpranee Vasavid, Piet Verbiest, John Verrinder, Ana Vicente, Nilhda Villacres, Raymond Wagener, Quan Wan, Hayman Win, Xiaoping Xie, Yunita, Catherine Zaidman, Jameela Zainuddin, Tiemin Zhai, Yuhui Zhang, Xiaorui Zhang, Yuxin Zhao, André Zida.

Los diversos borradores de los capítulos se vieron también beneficiados por los comentarios de los delegados en las reuniones anuales de los Expertos en Cuentas de Salud de la OCDE, el Grupo Técnico en Atención de Eurostat y las reuniones de Consulta Regional de la OMS organizadas en Ouagadougou, Shangai, El Cairo, Ciudad de México, Ginebra, Seúl, Cuernavaca, Nairobi, Punta Cana, Manila y Beijing.

El proceso de revisión también ha recibido un gran apoyo financiero de la Fundación Bill y Melinda Gates y la Comisión Europea.

Un agradecimiento especial se ofrece al Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad de España, que preparó la versión en español del SHA 2011 y a Magdalena Rathe, quien realizó la revisión técnica del documento.

Acrónimos

AF (FA)	Agentes de Financiamiento
AGCS (GATS)	Acuerdo General del Comercio en Servicios
AIVD (IADL)	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
ASNS (NHSA)	Agencia del Servicio Nacional de Salud
ATL (LTC)	Atención de Larga Duración
AVD (ADL)	Actividades de la Vida Diaria
BM (WB)	Banco Mundial
CATQ (ATC)	Clasificación Anatómica Terapéutica Química
CCCS (JHAQ)	Cuestionario Conjunto de Cuentas de Salud (OCDE-Eurostat-OMS)
CCF (CFC)	Consumo de Capital Fijo
CCIF (COICOP)	Clasificación del Consumo Individual por Finalidad
CPC (CPC)	Clasificación Central de Productos
CDE (CoI)	Costo de la Enfermedad
CEA (IEA)	Cuentas Económicas Integradas
CFG (COFOG)	Clasificación de Funciones del Gobierno por Finalidades
CFISFL (COPNI)	Clasificación de las Finalidades de las Instituciones
CGE (GBD)	Carga Global de la Enfermedad
CGPF (COPP)	Clasificación de los Gastos de los Productores
CIAP (ICPC)	Clasificación Internacional de Atención Primaria
CIE (ICD)	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIIU (ISIC)	Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas
CIUE (ISCED)	Clasificación Internacional Uniforme de Educación (1997)
CIUO (ISCO)	Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones
CMA (MSA)	Cuentas Médicas de Ahorro
CMAO (CMSA)	Cuentas Médicas de Ahorro Obligatorias
CNS (NHA)	Cuentas Nacionales de la Salud
COP (POP)	Contaminantes Orgánicos Persistentes
CPA (CPA)	Clasificación de Productos por Actividad
CS (HA)	Cuentas de Salud
EAVS (HALE)	Esperanza Ajustada de Vida Saludable
ECG (ECG)	Electrocardiograma
EEG (EEG)	Electroencefalograma
EVS (HLE)	Esperanza de Vida Saludable
FBC (GCF)	Formación Bruta de Capital
FBCF (GFCF)	Formación Bruta de Capital Fijo
FESP (EPHF)	Funciones Esenciales de Salud Pública
FMI (IMF)	Fondo Monetario Internacional
FP (FP)	Factores de provisión
FS (FS)	Clasificación de Ingresos de los Esquemas de Financiamiento
GCS (CHE)	Gasto Corriente en Salud
GFT (TPE)	Gasto Farmacéutico Total
GGG (GGE)	Gasto del Gobierno General
GP (PG)	Guía de Productores de Cuentas Nacionales de Salud
GRD (DRG)	Grupos Relacionados de Diagnóstico
GTS (THE)	Gasto Total en Salud
HC (HC)	Clasificación de las Funciones de Salud

HETUS (HETUS)	Encuesta Europea Armonizada sobre el Uso del Tiempo
HF (HF)	Clasificación de los Esquemas de Financiamiento
HP (HP)	Clasificación de Proveedores de Servicios de Salud
ICHA (ICHA)	Clasificación Internacional de Cuentas de Salud
IEC (IEC)	Información, Educación y Comunicación relacionada con la Salud
IHAT (IHAT)	Equipo Internacional de Cuentas de Salud
IPC (CPI)	Índice de Precios al Consumidor
IRM (MRI)	Imagen de Resonancia Magnética
ISFLSH (NPISH)	Instituciones sin Fines de Lucro Sirviendo a los Hogares
ISHMT (ISHMT)	Listado Reducido Internacional de Tabulación de Morbilidad Hospitalaria
LCTMH (ISHMT)	Lista Corta de Tabulación de Morbilidad Hospitalaria
MBP (BPM6)	Manual de Balanza de Pagos del FMI 6ª Edición
MdP (MoP)	Modo de Provisión
MdS (MoH)	Ministerio de Salud
MEFP (GFSM)	Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas
MGEN	Mutuelle générale de l'Éducation nationale (compañía de seguros médicos francesa)
MP (POM)	Medicamentos Prescritos
MTCA (TCAM)	Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa
MVD (OTC)	Medicamentos de Venta Libre
NACE	Nomenclature des activités économiques dans la Communauté européenne
NAICS	Sistema de Clasificación de Ramas de Actividad de América del Norte
NU (UN)	Naciones Unidas
OCDE (OECD)	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
ODM (MDG)	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS (HMO)	Organización Mantenimiento de la Salud
OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud
ONG (NGO)	Organización No Gubernamental
OPS (PAHO)	Organización Panamericana de Salud
PI (IP)	Propiedad Intelectual
PIB (GDP)	Producto Interno Bruto
PIMB (LMIC)	Países de Ingresos Medios y Bajos
PPA (PPP)	Paridad del Poder Adquisitivo (n.b. PPA también se puede utilizar en asociación público-privada)
RdM (RoW)	Resto del Mundo
RHS (HRH)	Recursos Humanos en Salud
RMRC	Esquema Rural Médico Cooperativo (China)
RPC (PBR)	Rehabilitación Psicológica y de Conducta
SA (HS)	Sistema Armonizado de Designación y Codificación de Mercancías
SCN (SNA)	Sistema de Cuentas Nacionales
SEC (ESA)	Sistema Europeo de Cuentas SEEIPS
SEEIP (ESSPROS)	Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social
SHA (SHA)	Sistema de Cuentas de Salud sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares
SMV (VHI)	Seguro Médico Voluntario
SNS (NHI)	Seguro Nacional de Salud
SSE (SHI)	Seguro Social de Enfermedad
TAR (ARV)	Terapia antirretroviral,
TIC (ICT)	Tecnología de Información y Comunicación
TRA (ART)	Tecnología Reproductiva Asistida
UNGASS (UNGASS)	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
USAID (USAID)	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
VIH/SIDA (HIV/AIDS)	Virus de Inmunodeficiencia Humana /Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VPH (HPV)	Virus del Papiloma Humano

PARTE I

Fundamentos del Sistema de Cuentas de Salud

PARTE I

Capítulo 1

Introducción

Antecedentes

Los sistemas de salud de todo el mundo continúan evolucionando en respuesta a una multitud de factores, tales como las mejoras en tecnología y conocimientos médicos, un mayor acceso a la información sobre la salud y los servicios de salud, el cambio en las prioridades de las políticas de salud en respuesta a los distintos patrones demográficos y de las enfermedades, nuevos métodos de organización y mecanismos financieros más complejos. Las cuentas de salud tienen también que adaptarse a estos avances y a los que posiblemente se produzcan en el futuro.

Las cuentas de salud presentan una descripción sistemática de los flujos financieros relativos al consumo de los bienes y servicios de salud. Su intención es describir la salud desde la perspectiva del gasto. En la medida en que más países implementan e institucionalizan las cuentas de salud, hay mayor expectativas de parte de los analistas, responsables políticos y público en general por una información cada vez más sofisticada que puede obtenerse de la mayor disponibilidad de datos de gasto en salud que hoy están disponibles. Se espera que las cuentas de salud (en conjunción con otros datos estadísticos) ofrezcan insumos y nuevas herramientas analíticas que permitan monitorear y evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Una de las principales prioridades es disponer de datos fiables, oportunos y comparables de todos los países y a través del tiempo. Esto es indispensable para dar seguimiento a las tendencias del gasto en salud y de los factores de su crecimiento, que se utilizan para prever el gasto en el futuro, o para comparar dichos datos con los de otros países. Por ello, las cuentas de salud tienen que cumplir dos funciones: una internacional, en la que el énfasis está en seleccionar los datos del gasto que se puedan comparar internacionalmente, y una nacional, en la que se hacen análisis más detallados del gasto en salud y donde lo más importante son las comparaciones a lo largo del tiempo. Las cuentas de salud son cruciales para ambas funciones.

El manual se inspira y se basa en una serie de manuales y directrices internacionales sobre el gasto en salud, entre los que cabe destacar: Un Sistema de Cuentas de salud (“SHA 1.0”) (OCDE, 2000); la Guía para Producir Cuentas Nacionales de Salud (“Guía del Productor”) (OMS, Banco Mundial, USAID, 2003); y las Directrices del SHA (Eurostat/RUONS, 2003). La experiencia acumulada en la aplicación de distintas directrices en todo el mundo, los resultados de los proyectos específicos de investigación sobre cuentas de salud y los esfuerzos en la recopilación de datos internacionales¹ han sido contribuciones muy valiosas para la redacción de este manual.

El proceso oficial de elaboración del SHA 2011 se inició en el año 2007, en un esfuerzo de colaboración de expertos en cuentas de salud de la OCDE, la OMS y Eurostat, organismo colectivamente denominado Equipo Internacional de Cuentas de Salud (EICS). El manual, resultado de dicho esfuerzo, ha sido objeto de un proceso de consulta muy extenso

¹ El cuestionario conjunto de cuentas de salud de la OCDE, Eurostat y OMS (CCCS), utilizado desde 2005.

para reunir toda la información que aportaron los expertos de cada país y las organizaciones internacionales de todo el mundo. Es un intento por alcanzar un consenso, pero también busca reflejar las diferentes perspectivas y prioridades dentro del ámbito de las cuentas de salud. En la elaboración del material se le ha dado gran importancia a su relevancia política, viabilidad y sostenibilidad. El manual está basado en el marco conceptual del Sistema de Cuentas de salud, pero también aborda necesidades prácticas y analíticas.

Diferencias y mejoras entre el SHA 1.0 y SHA 2011

El SHA 2011 introduce una serie de cambios y mejoras con respecto al SHA 1.0. La más importante es que refuerza el enfoque tri-axial que es el fundamento del Sistema de Cuentas de Salud y de su descripción del gasto en atención de salud y atención de larga duración: es decir, lo que se consume se ha producido y financiado previamente. Esta triangulación mantiene los principios de SHA 1.0 y de la Guía del Productor. El SHA 2011 ofrece una visión más completa de la clasificación de funciones en áreas como la prevención y la atención de larga duración; una imagen más concisa del conjunto de proveedores de atención de la salud con vínculos más estrechos con las clasificaciones normalizadas del sector; y un planteamiento más preciso para dar seguimiento al financiamiento de la atención en salud bajo la nueva clasificación de los esquemas de financiamiento.

A partir de este enfoque tri-axial del gasto en salud, el SHA 2011 desarrolla tres modelos analíticos o interfaces – el que se relaciona con el consumo de servicios de salud, el de la prestación y el del financiamiento - que permiten a los países centrarse en los aspectos de políticas de su mayor interés y, al ampliar las cuentas de salud en cada una de estas direcciones, puede lograrse un análisis más integral. Basándose en el trabajo metodológico de la Guía del productor, el SHA 2011 desarrolla el análisis desde el punto de vista de la financiación de los servicios de salud, para evaluar de forma sistemática cómo se movilizan, gestionan y utilizan los fondos, incluyendo los arreglos de financiamiento (esquemas de financiamiento), las unidades institucionales (agentes de financiamiento) y los mecanismos de obtención de ingresos (ingresos de los esquemas de financiamiento). El modelo de producción profundiza en las estructuras de los costos de la prestación de servicios de salud (factores de provisión) y es un método para tratar de forma separada la formación de capital, evitando con ello algunas de las ambigüedades en el pasado, sobre todo en lo que se refiere a la relación entre el gasto corriente en salud y el gasto de capital en los sistemas de atención de la salud. El modelo de análisis desde el punto de vista del consumo sirve para estudiar y analizar la dimensión funcional, ya que explora el desglose del gasto en salud según determinadas características de los beneficiarios, como por ejemplo el tipo de enfermedad, edad, sexo, región o nivel socioeconómico. Además, el manual actualiza el debate en una serie de áreas en las que todavía se están ensayando nuevas metodologías, como el desarrollo de mediciones del precio y el volumen en el sector salud, o la medición del comercio internacional de atención de la salud.

Sin embargo, en términos generales, se ha hecho hincapié sobre todo en la necesidad de conservar la inversión y los esfuerzos realizados hasta ahora por los

países en la institucionalización de las cuentas de salud. Los cambios propuestos en las clasificaciones y en los métodos contables descritos, sujetos a verificación metodológica y aplicaciones piloto, se espera que sean introducidos gradualmente para facilitar la transición del SHA 1.0 al SHA 2011.

Función y organización del manual

Las propuestas en este manual deben servir para desarrollar metodologías consistentes para elaborar las cuentas del gasto en salud. El contenido del manual debe ser pertinente y aplicable también a sus distintos usuarios – administraciones públicas, instituciones de salud, analistas de salud y políticos de distintos países – con distintas prioridades en sus sistemas de salud, así como diferentes estructuras organizativas, económicas y estadísticas.

El SHA 2011 representa un avance importante en el desarrollo de las cuentas de salud y refleja la profesionalidad de las tres organizaciones internacionales que lo han coordinado, así como de los expertos de los países que han participado en su redacción. Se debe considerar un punto de referencia, un esfuerzo por servir de directriz para la elaboración de las cuentas de salud durante un largo período de tiempo. Al mismo tiempo, la contabilidad de la salud es una disciplina que está evolucionando y por tanto este manual también se puede considerar un trabajo en curso, en el que determinadas secciones y capítulos van a requerir mayor desarrollo, comprobación y validación. Al igual que muchos manuales estadísticos, los países pueden utilizar distintos aspectos recogidos en el mismo, centrándose en las partes que más se adaptan a sus circunstancias. A este respecto, el manual no establece ni puede establecer una conexión automática con la recopilación de datos. Los países, así como los institutos de estadísticas de la salud y las organizaciones internacionales, pueden acordar diferentes prioridades a distintos apartados, decidiendo la forma de aplicar o adaptar el SHA 2011 en lo que respecta a las dimensiones o niveles de detalle, en función de sus prioridades en cuanto al gasto en salud, las necesidades de información política y los recursos estadísticos. Por ejemplo, muchos analistas, no solo de los países con un nivel de ingreso medio o bajo, pueden considerar que la identificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud es una parte intrínseca de sus cuentas de salud, mientras que otros países de la UE pueden dar mayor importancia a las estimaciones del comercio exterior, o a la medición del precio y el volumen. En resumen, el SHA 2011 se ha pensado para que sea un instrumento flexible para los encargados de elaborar las cuentas de salud.

La primera parte del manual incluye un resumen del Sistema de Cuentas de Salud: sus fundamentos, objetivos y principios se tratan en el capítulo 2, los principales conceptos contables y agregados en el capítulo 3, incluyendo en el capítulo 4 un debate de los límites de las cuentas de salud. Los tres capítulos siguientes se dedican a describir de forma detallada las dimensiones de la estructura del consumo: funciones salud (HC), proveedores de servicios de salud (HP) y esquemas de financiamiento (HF). La segunda parte del manual aborda los temas de financiamiento, provisión y uso de los bienes y servicios de salud, prestando atención específicamente a los ingresos de los esquemas de financiamiento (capítulo 8), factores de provisión (capítulo 9) y la posible distribución del gasto en

salud por grupos de beneficiarios (capítulo 10). La segunda parte también aporta material nuevo sobre una serie de conceptos de las cuentas de salud que algunos países pueden encontrar útiles en relación con el gasto de capital (capítulo 11), el desarrollo del comercio de servicios de la salud entre países (capítulo 12) y un estudio del precio y volumen en salud (capítulo 13). El manual concluye con una serie de directrices sobre contabilidad y procesos de recopilación de datos (capítulo 14), así como la presentación de los resultados (capítulo 15). En los anexos se incluye información sobre otras clasificaciones, la relación entre el SHA y el Sistema de Cuentas Nacionales, así como una clasificación de productos y herramientas contables complementarias.

Es importante destacar que el orden de los capítulos no refleja necesariamente su importancia. Desde la perspectiva del usuario, el manual se puede utilizar de distintas maneras. Por ejemplo, se puede reunir la interfaz relativa al financiamiento en un módulo, la del consumo en otro y la correspondiente a la provisión de servicios en un tercer módulo.

PARTE I

Capítulo 2

**Objetivos y Principios de
las Cuentas de Salud**

Introducción

Un Sistema de Cuentas de Salud 2011 refleja el deseo de que las cuentas de salud se adapten más a los sistemas de salud de todo el mundo que están evolucionando de forma continua, mejorando la capacidad para comparar el gasto en salud y los datos económicos, incrementando con ello la base de información para su análisis. Además, cabe esperar que la nueva versión del SHA aumente su utilidad como instrumento para el monitoreo y la evaluación de los sistemas de salud, así como el análisis de la importancia del gasto desde el punto de vista del consumo en la economía en su conjunto.

Este capítulo presenta un resumen de los objetivos del Sistema de Cuentas de Salud y describe los principios de los que se ha derivado. El capítulo concluye con una descripción de la información del gasto en salud que se ha utilizado en el pasado y cómo se espera que se utilice la información analítica que se genere en base al Sistema de Cuentas de Salud 2011.

Antecedentes

El trabajo realizado para describir los flujos financieros asociados al consumo de servicios de salud se remonta al decenio de 1920 (Fetter, 2006). A principios del decenio de 1960, Abel-Smith y otros autores realizaron una serie de estudios para cuantificar los gastos en salud en los países en vías de desarrollo (Abel-Smith, 1963; Abel-Smith, 1967). A comienzos del decenio 1970 (y en algunos países como Francia y Países Bajos en el decenio de 1960), los países de la OCDE calculaban el gasto en salud, así como la información relativamente agregada sobre el gasto público y privado¹. De este trabajo inicial, quizá el ejercicio más exhaustivo fue realizado por Estados Unidos, que facilitó información detallada de las fuentes de financiamiento, así como los datos asociados al gasto (Waldo, 1996). Este trabajo refleja en parte el desarrollo sistemático de las cuentas económicas nacionales como instrumento para medir toda la actividad económica². A lo largo de los años,

¹ OCDE, Gasto Público en Salud, OCDE Estudios en Asignación en Recursos n° 4, París, 1977 por Poullier, J-P; OCDE, Medición de la Atención de la Salud 1960-1983, Gasto, Costos y Resultados, OCDE Estudios de Políticas Sociales n° 2, París, 1985, Poullier, J-P. J.G. Schieber y J.P. Poullier, "Tendencias del gasto en salud: 1987", Health Affairs, Millwood 8, n°. 3(1989): 169-77. Poullier JP, Hernández P, Kawabata K. Cuentas Nacionales de Salud: Conceptos, Fuentes de datos y Metodología. En Christopher J.L. Murray y David B. Evans eds. Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Debates, Métodos y Empirismo. Capítulo 16 p 185-194. WHO, 2003. Mosseveld, C.J.P.M. van, Comparaciones internacionales del gasto en salud, estructuras existentes, innovaciones y uso de los datos, estadísticas de los Países Bajos, Voorburg 2003. Capítulo 9.6 describe las series temporales. Schneider, M. 1995. Marco para la comparación internacional de los gastos y financiamiento de la salud. En: Comparación internacional de los datos de atención de la salud, desarrollo de la metodología y aplicación, ed. C. Van Mosseveld and P. Van Son. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers: 263-78.

² El manual para reunir los datos de las cuentas nacionales y poderlas comparar internacionalmente se desarrolló en 1953, bajo los auspicios de las Naciones Unidas. El Sistema de Cuentas Nacionales 2008 (2008 SCN) es la quinta revisión del SCN. Es una publicación conjunta de la CE, FMI, OCDE, NU y BM.

se han realizado una serie de estudios para describir los flujos financieros en un subgrupo del gasto de consumo en salud tales como el VIH/SIDA, gasto por regiones y por grupos socioeconómicos.

En años más recientes, se han producido dos esfuerzos de envergadura para sistematizar la recopilación de información sobre los flujos financieros en salud. Estos son, por un lado, la publicación de un Sistema de Cuentas de Salud (SHA 1.0) de la OCDE en 2000, que incluye una clasificación de los flujos financieros, conocida como la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud (CICS); y por el otro, los esfuerzos combinados de la OMS, el Banco Mundial y USAID que condujeron a la publicación de la “Guía para la elaboración de las cuentas nacionales de salud” también conocida como Guía del productor de CNS (GP), en 2003. Estas fueron las primeras normas ampliamente aceptadas y utilizadas para producir globalmente datos sobre el gasto en salud, gracias a las cuales ha sido posible compilar estadísticas comparables internacionalmente, dentro del marco conjunto de la OCDE, Eurostat y OMS. Cada uno de estos manuales ha contribuido a una serie de estudios en los países con mayores ingresos (SHA 1.0) (Orosz y Morgan, 2004) y en países con ingresos medios y bajos (Guía del Productor de las CNS). Desde su publicación, las organizaciones internacionales han intentado apoyar los esfuerzos de los países por aplicar estos estándares a través de distintos medios que incluyen, entre otros, ayudas a países concretos, talleres de metodología para expertos, o distintos proyectos entre países para fomentar el análisis de los datos y el desarrollo de indicadores basados en la metodología del SHA. También se han elaborado otras directrices para dar una cobertura regional, utilizando diferentes modelos (Eurostat/RU ONS, 2003; PAHO, 2005). Del mismo modo, se han realizado muchos ajustes para guiar las políticas nacionales (véase por ejemplo, van Mosseveld y Smit, 2005) así como las estimaciones subnacionales (véase por ejemplo Kamp-Nielsen, 2002; Scheneider y col., 2002; y Braendvang, 2008).

Propósitos y objetivos del Sistema de Cuentas de Salud 2011

El SHA 2011 constituye un estándar para clasificar los gastos en salud en función de tres ejes: consumo, provisión y financiamiento. Ofrece directrices y apoyo metodológico para la compilación de las cuentas de salud. Los objetivos concretos del Sistema de Cuentas de Salud 2011 son:

- Establecer un marco de referencia sobre los principales agregados, para poder comparar internacionalmente los gastos en salud y analizar los sistemas de salud;
- Servir de herramienta para producir datos útiles para el monitoreo y análisis del sistema de salud, la cual puede ser ampliada por cada país que la utilice;
- Definir límites armonizados internacionalmente de la atención en salud, que permitan dar seguimiento al gasto de consumo.

Para conseguir estos objetivos, el SHA 2011 establece las bases para recopilar, catalogar y estimar todos los flujos monetarios relativos al gasto en salud.

Principios del Sistema de Cuentas de Salud 2011

Los principios normativos adoptados al definir las dimensiones y clasificaciones del SHA 2011 han sido su importancia y utilidad analítica, la continuidad con las

normas existentes y una mejor conexión con el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN). El punto de partida del SHA 2011 es el consumo de bienes y servicios de la población residente en un país o región, lo cual influye en la estructura de las clasificaciones, ya que para describir el sistema se otorga mayor importancia al consumo final de los residentes, más que a la producción.

Al redactar el manual, se ha adoptado un planteamiento funcional en cuanto a los servicios de salud que se producen y consumen. Esto significa que los gastos en salud se incluyen con independencia de cómo o quien financie el bien o servicio, o de cómo y por quién ha sido producido. Por ejemplo, los servicios de salud prestados y consumidos en una categoría excluida del SCN (como por ejemplo los servicios de salud ocupacional o la atención residencial de larga duración) forman parte del consumo final de servicios de salud de la población residente, y por tanto se incluyen en el SHA. La forma en que se financia la atención de la salud no es un factor decisivo para incluir o excluir en las cuentas de salud un servicio final consumido, independientemente de que éste sea pagado directamente o si lo reembolsa un organismo público.

Sistemas de Salud y Sistemas de Cuentas de Salud

Los sistemas de salud son complejos, tienen estructuras determinadas nacionalmente, con fuertes influencias económicas, políticas y culturales y mantienen conexiones con otros sectores de la actividad económica, la administración pública y actividades relacionadas con la participación social. Dada la naturaleza multifactorial de la salud, así como la aportación multisectorial al estado de salud, el marco de referencia de los sistemas de salud es mucho más amplio que el SHA, sobre todo en lo que respecta a los límites del gasto en salud. Aunque los sistemas de salud pueden variar de forma significativa entre distintos países, el objetivo del SHA es mejorar la información internacional sobre el gasto en salud, al delinear los límites de éste según una clasificación funcional.

La estructura del sistema de salud descrito por la Organización Mundial de la Salud está compuesto por todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuyo objetivo principal es mejorar la salud (OMS, 2000). Cuatro componentes o funciones de esta estructura del sistema de salud son esenciales para conseguir los objetivos finales, en función de los cuales se va a medir el desempeño. Estos componentes son:

- **Gobernanza:** Supervisar el sistema, incluyendo la elaboración de las políticas, así como los reglamentos y mecanismos de control;
- **Generación de recursos:** inversión en recursos humanos; bienes médicos y tecnológicos; así como insumos y tecnologías clave (humanas, físicas y de conocimientos);
 - Recursos humanos: inversión y aportación de recursos humanos de salud apropiados;
 - Productos y tecnología médica: producción y provisión de bienes médicos, farmacéuticos y conocimientos económicos;
 - Bienes de capital: inversiones en capital fijo y otros tipos de capital que se utilizan para la prestación de los servicios de salud en el futuro;

- **Financiamiento:** aumentar los ingresos para la salud, mancomunando recursos y comprando servicios;
- **Prestación de servicios (provisión):** - “combinación de insumos en un proceso de producción de servicios que ofrece intervenciones en la salud de personas o en la comunidad (...); cuyo objetivo es producir la combinación más efectiva de servicios personales y no personales, haciéndolos accesibles” (OMS, 2005a).

Esta estructura del sistema de salud define también un conjunto de objetivos. Estos objetivos pueden variar en importancia a lo largo del tiempo y según países, pero su consecución depende del desempeño del sistema de salud. Todos estos objetivos, tanto en sus formas como sus nombres, están sujetos a determinadas mediciones que analizan y supervisan el desempeño de los sistemas de salud. En el gráfico 2.1 se pueden ver cómo se integran las distintas dimensiones del SHA entre las diferentes funciones del sistema de salud y los objetivos del marco de referencia del mismo, reflejando la importancia política de estas dimensiones. El texto que se incluye a continuación explica y define mejor estas dimensiones.

Las cuatro funciones del sistema de salud (gobernanza, generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios) se pueden relacionar con los tres ejes de las cuentas de salud: consumo, provisión y financiamiento. Cada eje se asocia a clasificaciones específicas, pero no existe una clasificación exclusiva para cada eje. Por ejemplo, el eje financiamiento puede ser medido tanto por los esquemas de financiamiento como por los agentes de financiamiento. El consumo es el punto de partida y los bienes y servicios consumidos con un objetivo de salud (funciones) fijan los límites de las cuentas de salud (véase capítulo 4). Lo que se ha consumido se ha producido y financiado, con lo que otro eje es la prestación de los servicios. Y lo que se ha producido y consumido, se ha financiado. Esto significa que el tercer eje, financiamiento, así como el segundo eje, provisión, se mide en función del consumo.

Las dimensiones asociadas a las cuentas de salud incluyen la:

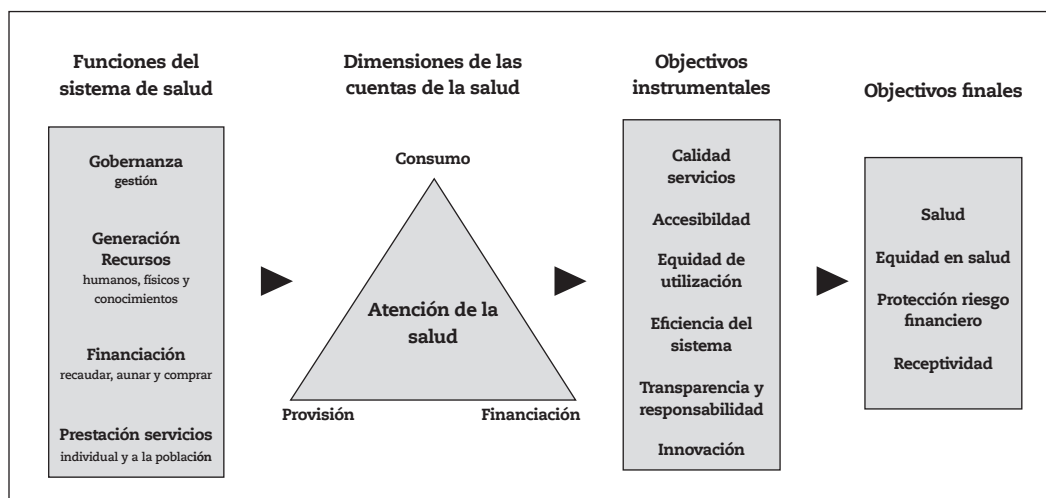
- Clasificación de las funciones de salud (HC)
- Clasificación de los proveedores de atención a la salud (HP)
- Clasificación de los esquemas de financiamiento (HF)

El SHA 2011 define dimensiones adicionales a las que estaban incluidas en el SHA 1.0, las que permiten desarrollar indicadores complementarios del sistema de salud:

- Clasificación de los tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento (FS) (capítulo 8)
- Clasificación de los factores de producción de servicios de salud (FP) (capítulo 9)
- Clasificación de los beneficiarios: edad, sexo, enfermedad, características socioeconómicas o región (capítulo 10)
- Clasificación de los recursos humanos en salud utilizando la CIUO 2008 (Anexo C)
- Clasificación de los bienes y servicios de salud (Anexo E)

Para que los flujos financieros del SHA sean pertinentes desde el punto de vista de las políticas de salud, deberían servir para monitorear y evaluar la consecución de los objetivos en cualquier sistema de salud. El marco de referencia para el análisis de los sistemas de salud nos guía para producir la información necesaria para analizar la atención de la salud. Los indicadores de algunos de los objetivos del sistema se pueden desarrollar sólo a partir de los datos sobre el gasto.

Gráfico 2.1 **Relación entre los marcos del sistema de salud y de las cuentas de salud**



Adaptado de la OMS (2000).

La información organizada en tablas de cuentas de salud, permite ver de dónde procede el dinero, quién lo administra y para qué se utiliza, lo cual favorece la *transparencia* y la *rendición* de cuentas del sistema de salud. En los países que reciben cantidades importantes de recursos externos, si se hace un seguimiento de dichos flujos financieros a través del tiempo, se pueden ver las tendencias asociadas a la volatilidad, adicionalidad y fungibilidad de la ayuda, así como sus posibles implicaciones en la sostenibilidad. Se pueden desarrollar indicadores de *protección del riesgo financiero* con datos sobre el gasto directo y los distintos mecanismos de pre-pago. Los indicadores sobre la *equidad en el financiamiento* se pueden desarrollar conociendo el origen de los fondos, el gasto (junto con los datos de utilización e ingresos), así como los tipos de ingresos y beneficiarios.

Sin embargo, la construcción de indicadores para medir otros objetivos, requiere combinar los datos de gasto con otras informaciones. Por ejemplo, los datos del gasto, combinados con los datos sobre la utilización de servicios, se pueden utilizar para establecer indicadores de *accesibilidad y equidad*. En determinados casos, los gastos en las diferentes funciones de salud se pueden utilizar como indicadores de la eficiencia, si se combinan con los datos de los resultados.

El SHA 2011 procura ser un estándar estadístico que aporte los datos para elaborar distintos análisis. Las clasificaciones se desarrollan de manera tal que pueden ser utilizadas a distintos niveles de agregación. Las distintas dimensiones

permiten describir el sistema de salud de forma más integral y completa, desde la perspectiva del gasto, para aquellos países que encuentren útil esta perspectiva.

El SHA 2011 comparte el objetivo del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN 2008) de crear un sistema de cuentas *exhaustivo, coherente internamente y comparable* internacionalmente, que en la medida de lo posible sea *compatible* con otros datos estadísticos sociales y económicos. En general, el SHA 2011 ha intentado adoptar, cuando se ha podido, las definiciones y conceptos de los sistemas estadísticos existentes, aprobados y definidos bajo los auspicios de las Naciones Unidas y otras organizaciones regionales e internacionales.

Al *ser internamente coherentes* se pueden utilizar las identidades y normas contables para comprobar la validez de los cálculos que se derivan de las diferentes dimensiones del SHA, identificando las carencias en los sistemas de información actuales, así como en las cuentas de salud, estableciendo de esta manera cuáles deben ser las prioridades para mejorar la calidad de los datos. Durante la aplicación del SHA 1.0 y la *Guía del Productor*, se ha comprobado que se ha avanzado mucho en lo que a su *exhaustividad* se refiere. Las cuentas y los datos obtenidos han dado una imagen más integral de los sistemas de salud de los países, como se puede ver en los datos del cuestionario conjunto de la OCDE-Eurostat-OMS de 2005 en adelante. Al elaborar el SHA 2011, uno de los aspectos más importantes ha sido su correspondencia con la primera edición y con la *Guía del Productor*, para que los países puedan migrar del antiguo al nuevo, así como crear series temporales coherentes según las clasificaciones revisadas. Estas exigencias suponen también una limitación en el desarrollo del SHA 2011. Por ejemplo, los criterios de calidad del SHA entran en conflicto con los *objetivos de oportunidad y precisión* en el reporte de las cifras.

Usos analíticos

Para asignar los recursos del sistema de salud es necesario tomar continuamente decisiones y para tomarlas de forma informada hay que utilizar todo el conocimiento disponible, para que las opciones elegidas sean sostenibles. Las cuentas de salud se han desarrollado para decidir la forma de asignar los recursos, para poder con ello lograr los objetivos del sistema de salud. Están pensadas para que las utilicen las personas encargadas de analizar la utilización de los recursos en el sistema de salud, a efectos contables y de planificación.

Desde la primera versión del SHA, las prioridades y enfoques de políticas de salud así como las relativas a la investigación han evolucionado y continuarán cambiando. El uso analítico del SHA dependerá de si se adapta al cambio y logra trasladar esos cambios a los sistemas de salud. El financiamiento de la salud se ha convertido en un proceso cada vez más complejo, en el que se desarrollan métodos innovadores. La mezcla de aportes públicos y privados, las modalidades organizativas y los mecanismos de pre-pago están cambiando. La tecnología médica y de la información se está desarrollando a velocidad vertiginosa y tiene un impacto en la forma en que se prestan los servicios. Por ejemplo, la presencia de Internet y la disponibilidad inmediata de información facilita el conocimiento de los temas relacionados con la salud. La población participa cada vez más en su

propia salud, tanto a efectos de promoción, prevención, como de curación. Pueden consultar su historial médico, realizar su propio seguimiento, enviar información a sus médicos y pedir medicamentos por Internet. Hay una fuerte tendencia al consumo de medicinas alternativas y actividades de promoción de la salud. Vivimos en un mundo cada vez más globalizado, lo que provoca un mayor movimiento de productos, servicios y pacientes de un país a otro, que se manifiesta claramente en el fenómeno de los viajes por motivos médicos. Estas tendencias no sólo dificultan la recopilación de datos sobre el flujo de los fondos en cada país, sino que crean nuevas tendencias para definir las, evaluarlas y supervisarlas, ampliando también el rango de usuarios interesados en los cálculos del gasto.

Usos de los datos de las Cuentas Nacionales de Salud y del SHA

La información de las cuentas nacionales de salud y el trabajo realizado sobre las mismas la han utilizado de forma diferente políticos e investigadores. Por ejemplo, la información sobre los gastos en salud, extraídos del SCN, se ha utilizado para estudiar el aumento del gasto en salud y sus posibles determinantes en Estados Unidos y otros países de la OCDE y la UE; y también más recientemente en China e India (Newhouse, 1992; Yip y Mahal, 2008). Newhouse (1992) por ejemplo, utilizó el gasto en salud en los Estados Unidos para defender que el cambio tecnológico era el factor más importante que condiciona los costos de la atención de la salud en Estados Unidos. Otros estudios han intentado medir la relación entre el aumento del PIB y el gasto en salud para evaluar la “elasticidad de ingresos de la demanda” en la atención de la salud y hacer proyecciones sobre el gasto en salud (Chawla y col., 1997).

Los datos nacionales de salud también se han utilizado para evaluar el impacto que tiene el envejecimiento de la población sobre el gasto en salud (Gerdtham y col., 1992), en concreto, utilizando la estructura de panel de los datos del gasto en salud (series temporales transversales). Mientras que la literatura sugiere que los efectos del envejecimiento sobre el gasto en salud es posible que sea pequeño *per se*, las proyecciones del gasto en función de la edad en los países de la UE indican que el efecto combinado del estado de salud y la edad supondrá una mayor presión sobre el gasto a largo plazo (Comisión Europea, 2009). Parte del trabajo realizado en esta área se ha centrado en el hecho de que el mayor determinante del gasto en salud es el gasto que se realiza en el período corto previo al fallecimiento y no el gasto en el proceso *per-se* de envejecimiento (Zweifel, 2004; Polder y col., 2007). La mayoría de los análisis se basan en la información de los seguros y de las encuestas a los hogares.

Los datos del gasto en salud entre diferentes países y provincias, junto con la información sobre los indicadores de resultados conseguidos en salud, tales como la esperanza de vida al nacer, se han utilizado para evaluar la efectividad integral del gasto en salud, utilizando con frecuencia técnicas estocásticas sofisticadas de frontera (Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regiones y col., 2007). Además, algunos estudios han utilizado información de gasto reportada en las cuentas de salud, como por ejemplo el gasto público en salud, para averiguar el impacto de ese componente específico en la salud (Anand y Ravallion, 1993). También se han realizado otros análisis que comparan las características de los sistemas de salud en

distintos países, para identificar el impacto relativo sobre el gasto en salud (OCDE, 1990).

Berman (1997), en un estudio argumentaba que los análisis de las cuentas nacionales de salud pueden servir para entender mejor el sistema de salud. Se dio cuenta, por ejemplo, de que en las cuentas nacionales de salud de la India se podía ver claramente el hecho de que el sector público desempeñaba un papel muy pequeño en el servicio de atención primaria, a pesar de llevar años invirtiendo en ese sentido (D'Çruz y Barat, 2001). Otro ejemplo es el de México, donde la aplicación de la metodología de las CNS, llevó a una revisión significativa hacia arriba de las estimaciones tanto del gasto privado como público en salud (Frenk y col., 2003). Los datos de las cuentas nacionales de salud podrían servir para hacerse una idea integral y útil sobre el impacto de los esfuerzos de reforma de la salud, para poder realizar proyecciones del gasto y evaluar la sostenibilidad (Berman y col., 2003). La información de los patrones de financiamiento, como por ejemplo la procedente de los pagos directos de los hogares, se ha utilizado en varios documentos de política para resaltar la falta de mecanismos de distribución del riesgo (Kutzin, 2008). La alta participación extranjera en la financiamiento de la salud también se ha utilizado para señalar los posibles problemas de sostenibilidad y capacidad de predicción del financiamiento (Peeples, 2009).

Ejemplos más recientes de cómo los datos de los análisis de las cuentas nacionales de salud se han utilizado en cada país es el de Turquía, que destacó las diferencias del gasto en salud por grupos de edad y nivel socioeconómico (Gobierno de Turquía, 2003). Además, en estudios recientes se han desglosado los datos según las características del beneficiario, como por ejemplo su enfermedad, edad y sexo (véase capítulo 10). Los análisis en los países se han centrado en subcuentas específicas de enfermedades, concretamente de VIH/SIDA, resaltando las asignaciones generales, la distribución del gasto entre atención preventiva y curativa y los perfiles de financiamiento internacional (véase por ejemplo, Ávila-Figueroa y col., 2002). El informe del gasto en VIH/SIDA es en la actualidad un esfuerzo global y parte del informe anual de UNGASS³. Algunos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁴ notificados por los países, incluyen también los gastos.

En Europa, los datos del SHA se utilizan para desarrollar indicadores comunes para la UE sobre el gasto en salud y de la atención de larga duración, así como para supervisar los objetivos políticos de la UE de inclusión y protección social que abarcan la atención de la salud entre otras áreas⁵. Tanto las notificaciones de los países, como de la UE, han utilizado los datos del SHA para poder evaluar el desempeño del sistema de salud, así como el impacto de las reformas y de sucesos inesperados (como la crisis financiera internacional que se desencadenó en 2008) en las condiciones de vida de los ciudadanos de la UE, incluyendo el área de la

³ Se puede consultar en www.unaids.org.

⁴ Véase www.undp.org/mdg

⁵ Los informes de los países y de la UE sobre Protección e Inclusión Social se pueden consultar en <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=757&langId=en>

atención de la salud⁶.

Un estudio de la utilización de datos de las CNS para elaborar las políticas en 21 países de ingresos medios y bajos da varios ejemplos de cómo estos datos han influido a la hora de tomar las decisiones (De y col., 2003). El estudio demuestra que los principales usuarios en estos 21 países son ministros de salud y los donantes. Algunos ejemplos del estudio son:

- La identificación de qué aportes de donantes al sector salud eran fragmentados y fuera del presupuesto, revelada en las CNS en Tanzania, dio fundamento a la aplicación de un modelo sectorial amplio en el país.
- La información de las CNS y los indicadores de salud no monetarios, fueron la base del aumento del gasto en atención primaria en Egipto, al ver que los datos reflejaban una falta de correspondencia entre el gasto real y las políticas públicas, con una fuerte dependencia de los pagos realizados por los hogares,
- Estudios de CNS en Sudáfrica han demostrado un alto grado de inequidad en el financiamiento, tanto a nivel de las distintas regiones como de los grupos de ingreso.

Los análisis del impacto por los esfuerzos de reforma –tales como la introducción de pagos por servicios en India, o cuentas de ahorro médico en China – se basan normalmente en información individual inexistente en las CNS. Otro ejemplo: los análisis de la introducción de un sistema del seguro de salud escolar en Egipto (Yip y Berman, 2001) y los controles de los precios de los servicios hospitalarios en China (Eggleston y Yip, 2004) requerían información de los hogares, o de cada uno de los hospitales. En Burkina Faso, los datos de las cuentas nacionales de salud indicaban a la administración que había que reformar el presupuesto ministerial, dando prioridad a la mejora del acceso a la salud en las regiones más pobres⁷.

En la sección anterior se ve con claridad que la información de los flujos financieros de las cuentas de salud existentes se ha utilizado para diferentes investigaciones y decisiones de política, y en especial para realizar análisis comparativos entre países y provincias. A pesar de todo lo conseguido, los datos de las cuentas de salud hay que complementarlos con otras informaciones, dentro de una agenda política y de investigación más amplia sobre el financiamiento y los sistemas de salud

⁶ El informe conjunto sobre sistemas de salud, Unión Europea, Asuntos Sociales y Económicos, (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf)

⁷ Por ejemplo, el estudio resaltó que Amnistía Internacional utilizó los datos de la subcuenta de salud reproductiva de Burkina Faso en 2008 para apoyar su argumento de que el gasto en salud reproductiva era insuficiente (Zida y col., 2010).

PARTE I

Capítulo 3

**Conceptos Contables
y Agregados del SHA**

Introducción

En este capítulo se describen los principales conceptos contables y agregados utilizados a lo largo del manual. Aunque cada agregado se trata de forma más pormenorizada en los capítulos siguientes, aquí se tiene en cuenta la relación entre el consumo de bienes y servicios de salud y todos los demás usos posibles de dichos bienes y servicios en la economía. La gama de usos posibles incluye el consumo intermedio (o factores de provisión), analizados en el capítulo 9, la formación de capital, en el capítulo 11, y las exportaciones, que se tratan en el capítulo 12, junto con las importaciones. En este capítulo se estudia el concepto central del consumo, teniendo en cuenta la distinción entre el gasto en consumo final, el consumo final real y la función de las transferencias de capital. También se abordan algunos asuntos relacionados con el valor de las transacciones de mercado y las de no mercado.

El capítulo empieza y concluye exponiendo las principales similitudes y diferencias entre el Sistema de Cuentas de Salud (SHA) y el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), relacionando la información sobre el sector de la salud en la normas contables de la economía nacional y considerando las diferencias entre los límites de producción de los dos sistemas¹.

Contabilidad y contabilidad nacional, base del Sistema de Cuentas de Salud

La contabilidad es *“el arte de registrar, clasificar y resumir de manera significativa y en términos monetarios, transacciones y acontecimientos que son, al menos en parte, de carácter financiero, interpretando los resultados de los mismos”*. Cuando esto se refiere a la contabilidad de agentes individuales o “unidades institucionales” de la economía, como por ejemplo los hogares, empresas y organismos públicos o administraciones públicas, este tipo de contabilidad se conoce como contabilidad microeconómica. Cuando queremos medir la actividad económica de un país (que a diferencia de las actividades de las empresas que se registran en cuentas empresariales) nos referimos a cuentas nacionales o cuentas macroeconómicas. A su vez, las cuentas de salud se refieren al gasto por motivos de salud en un territorio económico o país concreto, que agrupa el gasto de diferentes agentes para este fin. Es un concepto entre la micro y la macrocontabilidad y a veces se conoce por el término de contabilidad mesoeconómica.

El Sistema de Cuentas de Salud utiliza y se basa tanto en la contabilidad de las unidades individuales como las organizaciones relacionadas con la salud, así como algunos agregados de las cuentas nacionales. Cuanto más se parezca el SHA a la contabilidad de empresas, a las normas de contabilidad pública, a las directrices para registrar la información nacional e internacional de la salud y a las definiciones de contabilidad nacional, mayores posibilidades habrá de que la elaboración de las cuentas de salud sean de utilidad para realizar estos análisis. Las cuentas que están vinculadas a las cuentas nacionales se las denomina cuentas satélite, dentro del marco de referencia del SCN. El SHA, por su parte, utiliza métodos muy parecidos a los de cuentas nacionales, pero no por ello tiene que aplicar los mismos conceptos,

¹ Un estudio más detallado de la relación entre el SHA y SCN se presenta en los Anexos A y B.

dado que se centra en asuntos más específicos de salud. El SHA se enfoca en el gasto en salud cuyo propósito es el consumo y gira en torno a tres ejes – vinculando el consumo con la provisión y el financiamiento – por lo que no se puede considerar una cuenta satélite del SCN. Para que el SHA se pueda considerar una cuenta satélite del SCN, tendría que contener información adicional sobre la producción de las ramas de actividad de la atención de la salud². Los Anexos A y B describen las relaciones y correlaciones entre las cuentas de salud y los datos de las cuentas nacionales, necesarios para elaborar cuentas de salud que utilicen la información en las cuentas nacionales.

Las cuentas nacionales presentan normalmente toda la gama de actividades de producción, distribución y consumo de las unidades institucionales de la economía (sociedades, administraciones públicas, hogares e instituciones sin fines de lucro). Miden los stocks (valores acumulados en un momento dado en el tiempo) y los flujos (a lo largo del tiempo) en la economía. Los principales agregados de las cuentas nacionales son el producto interno bruto (PIB), valor agregado bruto, ingreso disponible, ahorro y comercio externo. Los instrumentos más característicos de las cuentas nacionales son tablas de insumo-producto, (que muestran la interacción de las distintas ramas de actividad en el proceso de producción), y la hoja de balance nacional (con los activos por un lado y los pasivos por otro). Las cuentas se elaboran con los datos de las encuestas, datos administrativos, del censo y registros oficiales. Están estructuradas en una secuencia de componentes que incluyen cuentas corrientes (producción, ingreso y gastos), cuentas de capital, cuentas financieras y hojas de balance. Cada cuenta tiene un saldo contable, que es la diferencia entre el valor total de las entradas en una parte (usos o activos) y el valor total de la otra (recursos o pasivos). De esta forma se garantiza que las cuentas cuadren y aporten información como el valor agregado, el superávit operativo, ingreso disponible, ahorro, capacidad/necesidad de financiamiento y patrimonio neto.

El apartado final de este capítulo estudia con más detalle la relación entre el gasto en salud, según se define en el Sistema de Cuentas de Salud y los componentes del consumo según se definen en las Cuentas Nacionales.

Consumo, disponibilidad y uso de los bienes y servicios de salud

Este apartado estudia el concepto central del SHA que es el *consumo* de bienes y servicios de salud, en relación con el SCN, que se basa en el *uso* de los bienes y servicios de salud. En el capítulo 4 se describe lo que el SHA considera atención a la salud y el capítulo 5 incluye una clasificación funcional de bienes y servicios dentro de los límites del SHA.

Todos los bienes y servicios de salud de un país han sido producidos por proveedores nacionales o han sido importados del resto del mundo. Ellos se pueden utilizar de forma diferente, bien para satisfacer las necesidades de salud de la población, o como insumos para producir otros bienes y servicios. Por ejemplo,

² Para ser una cuenta satélite del SCN, el SHA tendría que contener información y cuentas adicionales como por ejemplo una cuenta de producción; partidas intermedias de las ramas de actividad de la atención de la salud, así como stock bruto de capital y una tabla de insumo-producto en la rama de actividad de atención de la salud. Véase 2008 SCN, 29.139 a 29.141.

un radiólogo puede ofrecer consulta a pacientes residentes en el país, a turistas extranjeros o a otro proveedor (un colega o un hospital por ejemplo). Dichos bienes y servicios de salud, producidos e importados en el territorio económico y utilizados por un residente para satisfacer una necesidad individual o colectiva, se clasifican como consumo final y se incluyen en el marco de las cuentas de salud. Sin embargo, los casos siguientes quedan fuera de los límites de las SHA que abarcan funciones, proveedores y sistemas de financiamiento:

- Si el usuario no reside en el país, los productos se consideran exportaciones;
- Si los bienes y servicios de salud los utilizan otros proveedores de atención de la salud, se consideran factores de producción (consumo intermedio); y
- Si los productos de atención de la salud se guardan para utilizarlos en el futuro, se contabilizan como cambios en el inventario o stocks de productos.

En el gráfico 3.1 se presentan, de forma esquemática, todos los posibles usos de los bienes y servicios de salud. Los dos principales son: como insumo en la producción de otros bienes y servicios de salud (como factores de provisión); y, como usos finales. Los usos finales se pueden descomponer en gasto en consumo final; inversión (o formación de capital bruto); y exportaciones. La superficie sombreada representa el gasto en consumo final total de bienes y servicios de salud, que corresponde al gasto en salud y el triángulo que forman el consumo, la provisión y el financiamiento, presentada en el capítulo 2 como la base del Sistema de Cuentas de Salud³.

Los usos intermedios comprenden aquellos bienes y servicios de salud que se consumen (acabados o transformados) en el proceso de producción. Esto incluye la consulta radiológica a otro proveedor de servicios de salud, o materiales médicos utilizados en el quirófano. La prestación de un servicio de un hospital a otro se contabiliza como un insumo en el servicio total al paciente por un segundo hospital; y sólo en ese momento se contabiliza como consumo final. En este ejemplo, la imputación adicional de la consulta del primer hospital provocaría una doble contabilidad desde el punto de vista del consumo y por tanto no aparece de forma separada. Dichos productos, que pueden producir empresas del país, o se pueden importar desde el resto del mundo, se utilizan junto con otros bienes y servicios de “consumo intermedio” producidos por el resto de la economía (p.ej. electricidad, agua, combustible, ropa de protección) y bienes de capital. Los bienes de capital, como las máquinas IRM y los edificios de hospitales, se caracterizan porque los proveedores los utilizan de forma repetida durante más de un año para prestar los servicios de salud.

³ Existen diferencias entre los límites del SCN y SHA en medicina ocupacional y prestación de servicios de salud de los hogares, que se detallan más adelante en este capítulo.

Gráfico 3.1 **Usos de bienes y servicios de salud**

Bienes y servicios de salud		Usos totales de bienes y servicios de salud			
		Factores de provisión	Consumo final	Formación bruta de capital	Exportaciones
			Funciones		
Proveedores	Producidos dentro del territorio económico		Bienes y servicios de salud comprados dentro de la economía y en el extranjero por los residentes		
	Importaciones				

Financiamiento

Fuente: IHAT para SHA 2011.

Dentro de la categoría de consumo final, el consumo final del hogar comprende el gasto del consumo de bienes y servicios de los residentes en el hogar, incluido el consumo de bienes y servicios en el extranjero.

El gasto en consumo final del gobierno general comprende el gasto de cada unidad institucional de la administración pública, el cual se puede dividir en dos tipos de gasto: los gastos en beneficio de cada uno de los hogares (individual) y los gastos en beneficio de la comunidad en su conjunto, o grandes partes de la misma (colectivos).

Los bienes y servicios individuales se diferencian de los bienes y servicios colectivos, o bienes públicos. Los bienes y servicios individuales tienen las siguientes características:

- Debe ser posible observar y registrar la adquisición del bien o servicio por parte de un hogar o miembro del mismo, así como el momento en que se produjo;
- El hogar debe haber aceptado la prestación del bien o servicio y realizar cualquier acción necesaria para hacerla posible, por ejemplo, asistir a una escuela o una clínica; y
- El bien o servicio debe ser de tal naturaleza que su adquisición por parte de un hogar o persona, o posiblemente por un pequeño y limitado número de personas, impida que lo puedan adquirir otros hogares o personas.

En cambio, los servicios colectivos tienen las características siguientes:

- Los servicios colectivos se prestan de forma simultánea a cada miembro de la comunidad o a grupos concretos de la misma, como los que habitan en una región de una localidad específica;
- El uso de dichos servicios normalmente es pasivo y no requiere el acuerdo explícito o la participación activa de todas las personas interesadas; y
- La prestación de un servicio colectivo a una persona no reduce la cantidad

disponible para otras en la misma comunidad o grupo de la comunidad. No existe rivalidad en la adquisición.

En lo que se refiere a los servicios de salud, los servicios de salud colectivos incluyen fundamentalmente servicios de promoción y prevención de la salud, pero también, en virtud de una convención metodológica, incluyen las funciones de gobernanza y administración del sistema de salud.

El trato que se da a los gastos de consumo de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH)¹ es muy similar al de los gastos del gobierno general. Sin embargo, mientras que los gastos de las administraciones públicas se financian a través de los impuestos, los de las ISFLSH se financian principalmente a través de afiliaciones, cotizaciones, donaciones o ingresos de propiedad. El gasto en consumo final de las ISFLSH comprende el gasto en consumo de bienes y servicios individuales por ISFLSH residentes y el consumo de servicios colectivos.

El gasto en consumo final, según se ha detallado anteriormente, se refiere a “quién incurre en el mismo”. Pero el consumo final total también se puede considerar desde otro ángulo, que es “quién lo consume”. De esta forma el consumo final real de los hogares se mide por el valor de los bienes y servicios individuales consumidos por los hogares residentes, con independencia de quién incurre en el gasto. Por tanto, podemos identificar tres grupos de bienes y servicios que intervienen en el consumo final real del hogar: los adquiridos a través del consumo final de los hogares mismos; los que adquiere en forma de transferencias sociales en especie la administración pública, por un lado y las ISFLSH, por el otro, es decir los bienes y servicios comprados en nombre de las personas. Los bienes y servicios pueden ser la producción de dichas instituciones como productores de no mercado, o que hayan comprado dichas instituciones a los productores del mercado para ser transferidos a los hogares de forma gratuita o a precios económicamente no significativos.

Principales agregados del gasto en salud

Gasto total en salud (SHA 1.0)

El método adoptado por el SHA 1.0 era sumar los dos agregados de “gasto corriente en salud” y de la “formación bruta de capital” para obtener el “gasto total en salud”. Sin embargo, el uso del agregado “gasto total en salud” tiende a ser mal interpretado. Mientras que el gasto corriente en salud se refiere al consumo final, que es la demanda de bienes y servicios de salud de los hogares, de gobierno e instituciones sin fines de lucro, la formación bruta de capital se refiere a la demanda de bienes de capital de los proveedores de servicios de salud. Por tanto, se puede argumentar que los dos agregados no se pueden sumar directamente porque se refieren a momentos diferentes del consumo, dado que la formación de capital

¹ En la mayoría de los países los proveedores de servicios de salud sin fines de lucro realizan actividades de mercado. Como ocurre en el SCN (4.83) las instituciones de salud sin fines de lucro son entidades sociales o jurídicas, creadas para producir bienes y servicios, cuyo estatus no les permite ser una fuente de ingresos, beneficios u otro tipo de ganancias económicas para las unidades que establezcan, controlen o les financien. En la práctica, sus actividades de producción les obligan a generar superávits o déficits, pero los superávits que consigan no se los pueden apropiar otras unidades institucionales, en cumplimiento de sus estatutos de constitución.

hace posible la provisión de servicios en el futuro. Por lo cual, en el SHA 2011 se recomienda mantener los dos agregados “gasto corriente en salud” y “formación bruta de capital en salud” separados y no utilizar el agregado “gasto total en salud”, al menos en la forma en que se utilizaba en el SHA 1.0.

Gasto corriente en salud = consumo final de bienes y servicios de salud de las unidades residentes, incluyendo los servicios de salud ofrecidos a individuos y los servicios colectivos.

Gasto corriente en salud

Para medir el gasto en bienes y servicios de salud, el gasto corriente en salud se puede definir de la forma siguiente.

En otras palabras, el gasto corriente en salud cuantifica los recursos económicos gastados en las funciones de salud, según se han identificado en los límites de consumo, en el capítulo 4. Además, al SHA le interesan sobre todo los bienes y servicios de salud consumidos solamente por las unidades residentes, con independencia del lugar donde se haya producido dicho consumo (es decir, dentro del territorio económico o en el resto del mundo), o independientemente de quién los paga. Por tanto, las exportaciones de bienes y servicios de salud (prestados a las unidades no residentes), quedan excluidas, mientras que las importaciones de bienes y servicios de salud para su uso final, por ejemplo, los bienes y servicios consumidos por los residentes mientras están en el extranjero, están incluidos.

Gasto en formación bruta de capital en el sistema de salud

La distinción entre gasto corriente en bienes y servicios de salud y gasto de capital en las ramas de actividad de la atención de la salud es importante. Los bienes de capital son un componente esencial de la demanda de proveedores de servicios de salud, ya que desempeñan un papel crucial en la prestación de bienes y servicios de salud, manteniendo o ampliando su producción.

La formación bruta de capital en salud se define como la adquisición de activos producidos; es decir, los activos que se utilizan en la producción de otros bienes y servicios a lo largo de un año o un período más largo de tiempo. Es la suma de los valores de los tres componentes siguientes:

- Formación bruta de capital fijo;
- Variaciones en inventarios; y
- Adquisiciones menos disposiciones de objetos valiosos.

Por tanto, la formación bruta de capital fijo es uno de los tres componentes incluidos en el agregado más amplio denominado formación bruta de capital.

Al calcular la adquisición de activos producidos en la formación de capital, la disposición de los activos existentes debe ser deducida del valor de los bienes de capital adquiridos. Dicho capital pueden ser activos tangibles, como por ejemplo los edificios de los hospitales, ambulancias o equipos de imagenología de resonancia magnética (IRM), o activos intangibles, como una inversión en software y bases de

datos². La formación bruta de capital se puede desglosar aún más, dependiendo de la rama de actividad del proveedor de servicios de salud. Hay que tener en cuenta que una gran parte de los bienes de capital los producen ramas de actividad fuera del ámbito de los proveedores de servicios de salud.

El principio que guía la decisión de computar la formación bruta de capital es la propiedad de los activos por parte de los proveedores de servicios de salud. La única categoría de proveedores de servicios de salud para los cuales no se registra formación de capital son los del resto del mundo, ya que las adquisiciones de capital por parte de proveedores no residentes se registrarán en el país de residencia de dichos proveedores.

La inclusión de todos los proveedores (salvo el resto del mundo) es una de las diferencias con respecto al SHA 1.0, que excluía la adquisición neta de activos por parte de los minoristas de bienes médicos (ya que la venta al por menor de bienes médicos se considera una actividad de apoyo). El motivo por el que se recomienda registrar el valor de la formación bruta de capital adquirido por los minoristas, es porque las ventas al por menor forman parte del sistema de salud. Los minoristas forman parte de la cadena de distribución de bienes médicos – son un tipo distinto de proveedor, pero tan importante como los consultorios médicos. En resumen, la definición de “formación de capital” es la siguiente:

La formación bruta de capital en el sistema de salud se mide en función del valor total de los activos que los proveedores de servicios de salud hayan adquirido durante el período contable (menos el valor de la disposición de activos del mismo tipo), que se utilizan de forma repetida o durante más de un año en la prestación de servicios de salud.¹⁴

Transferencias de capital a los proveedores de servicios de salud

Las transferencias de capital⁴ de los agentes financieros a los proveedores de servicios salud merecen atención especial.

La remuneración de los servicios de salud y los costos de capital pueden variar bastante, como de hecho ocurre, entre diferentes países (Cuadro 3.1). En algunos países, los pagos que los proveedores reciben por los servicios de salud incluyen solo los costos de explotación, mientras que los gastos de capital se cubren con ayudas que los proveedores de servicios de salud reciben de diferentes niveles de la administración pública, o de organizaciones filantrópicas. Por ejemplo, el sistema de financiamiento basado en GDR utilizado en Alemania para remunerar los servicios hospitalarios no incluía en el pago de los servicios de salud los costos

² En el capítulo 11 se incluye una clasificación completa por tipo de activo

³ Se usa “proveedor de servicios de salud” en vez de “servicios de salud” para incluir las unidades económicas que prestan servicios administrativos

⁴ Las transferencias de capital se definen como “transferencias sin contrapartida en las que bien la parte que hace la transferencia recupera los fondos enajenando un activo (que no sea efectivo o inventario), renunciando a una remuneración económica (que no sea una cuenta por cobrar) o la parte que recibe la transferencia está obligada a adquirir un activo (que no sea en efectivo) o se cumplan las dos condiciones expuestas”. (véase SCN-08 10.19)

de capital correspondientes a servicios de reconstrucción y equipos médicos, que se subvencionan con las transferencias de capital de los Estados “Länder” en base a los programas de inversión, en coordinación con los planes estratégicos para los hospitales.

Lo normal, al menos en los países de la OCDE, es que parte de los gastos de capital se cubra mediante lo que se recibe por la prestación de los servicios de salud y la parte restante se financia con ayudas específicas. Por ejemplo, en Luxemburgo, los gastos hospitalarios que paga la Sécurité Sociale cubren el 20% de los costos de inversión, mientras que el 80% restante se paga con las subvenciones de la administración pública que se financian a través de los impuestos. Situaciones similares se han producido en Francia, donde los pagos por servicios hospitalarios cubren sólo en parte con los costos de capital.

Sin embargo, también se utilizan sistemas de pago que cubren tanto los costos de operación como los gastos de inversión. Por ejemplo, las cuotas de Medicare por servicios hospitalarios en los Estados Unidos cubren los gastos de inversión. De forma similar, en Canadá, los costos de los equipos médicos más importantes pueden ser reembolsados a través de los gastos de operación. En Alemania los costos de inversión se incluyen en los precios de los servicios de atención de larga duración.

Normalmente, para los proveedores privados en los países de la OCDE, los costos de la prestación del servicio incluyen totalmente los gastos de capital, aunque incluso en estos casos, algunos gobiernos pueden realizar transferencias de capital para comprar equipos médicos.

Por citar otros ejemplos, el Parlamento Federal de Suiza, en diciembre de 2007 aprobó una reforma del sistema de financiamiento de los hospitales, introduciendo un sistema de pago basado en GRD. En virtud del nuevo acuerdo, los pagos a los hospitales remuneraban tanto los costos de operación como los de inversión. En los Países Bajos, en 2005 se introdujo un sistema mixto basado en “combinaciones de diagnóstico tratamiento (CDT)” para realizar los reembolsos a los hospitales y a los especialistas médicos. Los precios que se negociaban entre las aseguradoras y los hospitales incluían los costos de inversión, mientras que los precios basados en tarifas no los incluían. Sin embargo, los hospitales que recibían un precio fijo, al año siguiente eran compensados por el Ministerio de Salud por los costos de inversión en que habían incurrido.

La amplia gama de mecanismos de pago y la forma en que los costos de inversión se incluyen en los precios, puede influir a la hora de comparar el gasto en salud entre diferentes países, entre partes del mismo sistema de salud o a lo largo del tiempo. Una solución posible sería ajustar el gasto corriente en salud, añadiendo las transferencias de capital que los agentes de financiamiento transfieren a los proveedores de servicios de salud para financiar parte de los gastos de capital no cubiertos por los costos de operación.

Este manual propone sumar el “gasto corriente en salud” y las “transferencias de capital”, para obtener lo que podría denominarse “gasto total en salud”, el cual sería un agregado adicional, promoviendo que se realicen investigaciones adicionales para reunir pruebas empíricas sobre el potencial de este indicador de

mejorar la comparabilidad a escala internacional, respecto al uso exclusivo del agregado “gasto corriente en salud”.

Investigación y desarrollo

En el SCN 2008, la investigación y desarrollo se considera un producto de propiedad intelectual y como tal se incluye en la formación de capital. Los resultados de la investigación y desarrollo (IyD) “comprenden el valor de los gastos del trabajo creativo realizado de forma sistemática para aumentar los conocimientos, incluidos los conocimientos sobre el ser humano, cultura y sociedad, utilizándolos para desarrollar nuevas aplicaciones. Sin embargo, el SCN no considera el capital humano un activo. El valor de la investigación y desarrollo (IyD) se debe calcular en términos de beneficios económicos que pueda reportar en el futuro. Esto incluye la prestación de servicios públicos en el caso de la IyD adquirida por la administración pública. En principio, la IyD que no reporte un beneficio económico a su propietario no constituye un activo fijo y se debe tratar como un consumo intermedio. A menos que no se observe directamente el valor de mercado de la IyD, por convención se puede calcular sumando los costos, incluido el costo de IyD sin fruto alguno...” (SCN 2008, 10.103).

Aunque según el SCN, la IyD de los proveedores de servicios de salud se debe tener en cuenta como parte de la formación de capital, por razones prácticas, el SHA considera la IyD en salud como un gasto relacionado con el capital y por tanto se tiene que registrar como una partida pro memoria en la cuenta de capital.

Ejemplos de IyD incluyen los relacionados con la generación de productos específicos, como vacunas y productos farmacéuticos, resultado de la investigación básica y biomédica, investigación clínica y la investigación sobre los factores de riesgo.

El Manual Frascati, que incluye directrices detalladas para calcular el gasto en investigación y desarrollo en salud (OCDE, 2002a, Anexo 4), puede ser fuente de ejemplos útiles. Más información sobre comparaciones internacionales y ejemplos de iniciativas nacionales se pueden encontrar en “Medición del gasto en IyD relacionada con la salud” (OCDE, 2001). Cabe esperar que se realicen más avances para registrar de forma separada el gasto en IyD como un componente de la formación de capital⁵.

El gasto en “Educación y formación” se trata de forma similar que el de Investigación y Desarrollo, ya que conceptualmente está próximo al capital en lo que se refiere a la inversión en capital humano. En el SHA se trata como gasto relacionado con el capital y por tanto se registra debajo de la línea como una partida pro memoria en la cuenta de capital. Como se indica en el SCN, cuando la formación es parte de los programas destinados a garantizar una mejora de las actividades en curso, se considera un consumo intermedio⁶. Esto quiere decir que todos los recursos

⁵ En el momento de redactar este documento, la OCDE está elaborando un “Manual para medir el capital de la propiedad intelectual”. El objetivo de este manual es dar directrices para desarrollar las medidas de capital (formación bruta de capital fijo, consumo de capital fijo, servicios de capital y el stock de capital) de la IyD y otros productos de propiedad intelectual

⁶ Cuando la formación la da un empresario para mejorar la efectividad de la plantilla, el costo se considera consumo intermedio” (SCN 2008 p 1.54)

Cuadro 3.1 Niveles de las cuentas clave y el financiamiento de la salud

Las políticas de precios de los proveedores de servicios de salud pueden variar tanto entre países, como a lo largo del tiempo. A veces los sistemas de financiamiento, más que pagar por la producción, pagan por los insumos, es decir, los factores de producción, como en el caso del pago a los asalariados y los servicios de capital. Todos los tipos de transacciones que se reembolsan a los proveedores por la prestación de un servicio de salud durante el período en curso se deben tener en cuenta para calcular el gasto en salud. Según se describe en el capítulo 9, para calcular el costo de los servicios se debe incluir el consumo de capital fijo y los intereses. La valoración de las transacciones que cubren el consumo (HC) debe incluir el costo total y todos los pagos corrientes realizados por los esquemas de financiamiento (HF) y los agentes de financiamiento (FA) a los proveedores (HP). Las cuentas incluyen las ventas y otros ingresos de los proveedores que se corresponden con las compras de los esquemas de financiamiento:

El consumo y la producción total de servicios de salud de los residentes es *igual* al total de ingresos de los proveedores residentes de servicios de salud *menos* la producción de servicios para los no residentes *más* las compras de servicios de salud en el extranjero realizadas por los residentes

$$\sum_{i=1}^7 HC_i^{\text{residentes}} = \sum_{j=1}^8 (HP_j^{\text{total}} - HP_j^{\text{no-residente}}) + HP_{10}^{\text{residentes}} = \sum_{k=1}^6 \sum_{l=1}^n FA_{kl}^{\text{residentes}}$$

El tipo de transacciones económicas ($l=1, \dots, n$) para comprar servicios varía en los estados de resultado de la contabilidad de los proveedores y de los agentes de financiamiento. Las categorías principales son pagos directos, presupuestos globales, pagos de cantidades fijas, honorarios por servicios, costos compartidos, reembolsos en especie, subvenciones y posiblemente transferencias para costos de inversión. Suponiendo que en la ecuación (1) el índice $l=n$ represente las transferencias de capital, las ecuaciones siguientes calcularán el gasto corriente de los servicios de salud y de las transferencias de capital:

$$\text{Gasto corriente de servicios de salud} = \sum_{i=1}^7 HC_i^{\text{residentes}} - \sum_{k=1}^6 FA_{kn}^{\text{residentes}}$$

$$\text{Transferencias de capital en salud} = \sum_{k=1}^6 FA_{kn}^{\text{residentes}}$$

Se recomienda prestar especial atención a los ingresos de los proveedores procedentes de la administración pública y otros agentes de financiamiento por concepto de gastos de formación de capital, donaciones para la inversión y otras transferencias, ya que éstas pueden incluir la formación de capital de períodos futuros que no afectan al consumo de servicios de salud durante el período en curso (véase capítulo 11). Al mismo tiempo, podría ser difícil asignar transferencias de capital a funciones específicas, por lo que éstas sólo deben incluirse en la clasificación de proveedores. El capítulo 11 describe la clasificación de la demanda de bienes de capital por proveedores de servicios de salud.

Para el consumo y prestación de *actividades relacionadas con la salud* se utiliza la siguiente ecuación:

$$HC_R = \sum_{j=1}^9 HP_{R,j}^{\text{total}} - \sum_{j=1}^9 HP_{R,j}^{\text{no-residentes}} = \sum_{k=1}^6 \sum_{l=1}^n FA_{R,kl}^{\text{residentes}}$$

El subíndice R representa las actividades de consumo, provisión y financiamiento, relacionadas con la salud. Las actividades relacionadas con la salud consumidas en el extranjero no se incluyen en la definición.

dedicados al entrenamiento se deben contabilizar como consumo intermedio: los salarios pagados durante la formación (a los entrenadores y entrenados) así como recursos adicionales específicos para llevar a cabo las actividades, que forman parte de los recursos utilizados en varios programas de salud. Por lo tanto, se registran por encima de la línea dentro de los programas correspondientes a las funciones.

Resto del mundo

Una medida del gasto en consumo final de los residentes debe que tener en cuenta su relación con el resto del mundo. Las importaciones y exportaciones de bienes y servicios se caracterizan por la existencia de una transacción (venta, trueque, regalo, subvención, etc.) de bienes y servicios entre residentes y no residentes. Dada la creciente importancia del comercio en bienes y servicios de salud, un agregado consistente y comparable de gasto en salud, necesita tomarlo en cuenta.

A este respecto, es importante clarificar los conceptos de residencia y lo que se debe incluir como importaciones y exportaciones. Residente es cualquier persona, empresa u organización domiciliada en un país. Para asegurar la compatibilidad con otros datos macroeconómicos, el SHA asume las definiciones contenidas en el Manual de Balanza de Pagos (MBP6) (FMI, 2009): “La residencia de cada unidad institucional es el territorio económico con el que tenga una relación más fuerte, expresado como su centro de interés económico predominante. Cada unidad institucional es residente de un único y exclusivo territorio económico, determinado por su principal centro de interés económico”.

Los bienes y servicios de salud adquiridos por los no residentes a los proveedores residentes son exportaciones. Por ejemplo, los servicios de salud prestados a turistas no residentes se consideran una exportación. Las exportaciones, sin embargo, pueden adquirir otra forma que no necesariamente implique traslado del usuario a otro país. Es el caso, por ejemplo, de la salud a través de internet, el telediagnóstico, o la compra de bienes médicos a través de internet. Otro ejemplo son los profesionales de la salud que prestan servicios en el extranjero de forma temporal. Los servicios de salud prestados en enclaves extranjeros como embajadas también se consideran exportaciones.

En el Sistema de Cuentas de Salud, la categoría Resto del mundo, relativa a unidades no residentes, se recoge tanto en las clasificaciones de los esquemas de financiamiento como en la de proveedores. Sin embargo, en lo que se refiere a las importaciones y exportaciones de bienes y servicios de salud, es importante clarificar que lo que interesa es la prestación más que el financiamiento por parte de las unidades no residentes. Por ejemplo, si una administración pública extranjera, o una organización no gubernamental (ONG) no residente, paga por los servicios de salud a los residentes, pero dichos servicios los presta un proveedor del país, estos servicios se financian por el resto del mundo pero no se consideran una importación. Sin embargo, si los servicios los presta un gobierno extranjero a un residente, se contabiliza como importación.

En las tablas del SHA, por tanto, las importaciones de bienes y servicios de las unidades no residentes se registran bajo la categoría de proveedor resto del mundo (HP.9) y se pueden cruzar con las clasificaciones funcionales y las de financiamiento.

Dentro de la cuenta de gasto corriente en salud, no se incluyen las exportaciones, ya que se refieren al consumo de los no residentes. Durante el proceso de producción de las tablas, la compra directa de bienes y servicios de salud efectuada por los no residentes debe excluirse de forma explícita de los ingresos que obtenga el proveedor del país. Sin embargo, a efectos de transparencia y reconciliación, se recomienda que las exportaciones se incluyan en una tabla suplementaria (capítulo 12).

Transacciones en el sector de la salud

El SHA recomienda el modelo del SCN/SEC⁷ en lo que respecta a las transacciones en el sector salud. Por tanto, la definición de una transacción se puede interpretar como un flujo económico, o un tipo de relación formal entre varias unidades de la misma rama de actividad del sector, es decir, entre consumidores y proveedores, proveedores y unidades de financiamiento, o consumidores y unidades de financiamiento. Normalmente, toma la forma de acuerdo o contrato en torno al cual se articula la cantidad, precio (o pago) y la calidad de la transacción. Como ocurre en el SCN, en el SHA las transacciones se pueden dividir en los grupos siguientes:

- Transacciones de productos, referidas al consumo final de bienes y servicios de salud;
- Transacciones distributivas, que comprenden transferencias concedidas a los hogares con el fin específico de prestar servicios de atención de salud a los miembros de la familia;
- Transacciones financieras, que incluyen ya sea una adquisición o una disposición de activos y pasivos financieros, o préstamos de los agentes de financiamiento a los proveedores de servicios de salud;
- Otros flujos, referidos al consumo de capital fijo y adquisiciones menos las disposiciones.

Momento del registro

El momento en que se deben registrar los gastos en consumo final dentro del SHA tiene dos componentes:

- Año natural frente a ejercicio fiscal
- El principio contable de lo devengado frente al principio del efectivo de caja

En primer lugar, se debe elegir un período concreto durante el cual se hayan realizado las actividades. Con frecuencia se trata de un ejercicio fiscal o un año natural. Esta elección puede parecer trivial, pero en la práctica puede acarrear problemas. Por ejemplo, las administraciones públicas pueden notificar un gasto durante un ejercicio fiscal, mientras que los organismos privados notifican el gasto durante el año natural. Para poder hacer comparaciones entre países, es mejor utilizar el año natural. En tal caso, la cuenta de salud puede ajustar las cifras notificadas para poder utilizar solo un período (*la Guía del productor* ofrece directrices prácticas).

Lo segundo que hay que tener en cuenta es la distinción entre el momento

⁷ El Sistema Europeo de Cuentas (SEC) es el sistema de cuentas nacionales y regionales utilizado por los miembros de la Unión Europea.

en que se realizó la actividad y el momento en que se pagó por la actividad. En la práctica, hay que elegir entre la contabilidad según el principio de lo devengado y según el principio del efectivo de caja. Las cuentas de salud deberían utilizar el método de contabilidad según el principio de devengado, en el que los gastos se asignan a un período de tiempo durante el cual se creó el valor económico, en vez del principio del efectivo de caja, en el que los gastos se registran cuando se produce el pago en efectivo.

El mismo tratamiento se debe dar a las exportaciones e importaciones; que se registran en el momento en el que se presta el servicio, o en el caso de los bienes, cuando se produce el cambio de propiedad de los activos reales.

Cuantificación del consumo y producción: producción de mercado y de no mercado Por convención, los usos finales se valoran a los precios acordados por las partes que intervienen en la transacción. Estos precios son precios de mercado o precios de adquisición. En el caso de los pagos directos de los hogares, corresponden al precio pagado al proveedor del servicio de salud, por ejemplo, hospital, médico o farmacia. Los precios de los usos finales incluyen el IVA no desgravable, otros impuestos sobre los productos (como impuestos sobre las ventas, aranceles), así como los costos de transporte y comercialización.

Sin embargo, hay una amplia gama de actividades para las que no existe el concepto de venta, sobre todo en el sector de los servicios de salud. Estas actividades pertenecen al sector de no mercado y se refieren sobre todo a servicios prestados por los proveedores del gobierno general y las instituciones sin fines de lucro. Estas organizaciones no venden sus servicios, o si lo hacen, los precios no cubren el costo completo, y por tanto es necesario encontrar una medida diferente de valorar su producción. Los proveedores de servicios de no mercado son los que prestan servicios y en algunos casos producen bienes, de forma gratuita o a precios económicamente no significativos, que en la práctica normalmente son precios que cubren menos de la mitad del costo total de producción (por ejemplo, incluidas las subvenciones y otras transferencias).⁸ En tales casos, el valor del bien o servicio, por convención, es la suma de sus costos de producción, incluido:

- El consumo intermedio, por ejemplo, electricidad, agua, así como otros bienes y servicios médicos utilizados en el proceso de producción;
- Las remuneraciones de los asalariados (salarios brutos en efectivo y en especie, aportaciones imputadas o reales a la seguridad social e impuestos);
- El consumo de capital fijo, que es el costo de utilización del equipo utilizado por los productores de servicios de no mercado; y
- Otros impuestos sobre la producción (impuestos sobre la propiedad o uso de los edificios y otros activos utilizados en la producción).

Los organismos del gobierno general constituyen el conjunto principal de productores de no mercado, pero hay otros, como las organizaciones sin fines

⁸ Aunque el SCN no establece dicho nivel de costos para distinguir entre producción de mercado y de no mercado, el Sistema de Cuentas Europeo (SCE) fija el límite del 50% como criterio para esta distinción. A efectos del SHA se recomienda aplicar esta norma y cuando los precios cubran menos del 50% del costo del proveedor, se considera un productor de no mercado.

de lucro. La mayoría de los servicios que presta el gobierno general se ofrecen al público sin cargo alguno. Estos servicios se pueden financiar a través de impuestos o cotizaciones sociales, pero no hay una conexión directa entre el pago del impuesto y el nivel de servicios recibido. Un impuesto es una transferencia de carácter obligatorio a una administración pública y no el precio de un servicio público. Algunos servicios prestados por la administración pública, como la educación y la atención de la salud, se prestan a los hogares de forma individualizada, por lo cual se sabe quién los consume. Otros servicios se prestan de forma colectiva (como por ejemplo, las campañas informativas sobre salud y educación), por lo que es imposible saber quién los consume.

En el caso de servicios de carácter individual, si los precios los pagan los pacientes en su totalidad, o si los paga un tercero (en favor de los pacientes), la prestación se calcula a precios de mercado. Si los pacientes no pagan el precio completo, por ejemplo si la administración pública cobra al consumidor solo parte del precio, y este precio está muy por debajo de los costos de producción de los servicios consumidos, el valor del bien o servicio será la suma de sus costos de producción, como se ha mencionado anteriormente.

En algunos casos, incluso cuando las empresas públicas producen servicios destinados a la venta a precios de mercado, también pueden ofrecer servicios de salud de forma gratuita a sus asalariados y los familiares de estos. En dichos casos, para calcular su valor se debe utilizar el modelo de costo de producción.

Tratamiento de los subsidios y otras transferencias a los proveedores

Según el SCN, los “subsidios” son pagos corrientes sin contrapartida que las administraciones públicas realizan a las empresas por sus actividades de producción, o por los bienes o servicios que producen, venden o importan (SCN 2008, párrafo 7.98). Los subsidios a determinados productos (que se pagan por unidad de un bien o servicio) se deben diferenciar de otros subsidios a la producción (que no se calcula por unidad de bien o servicio), los que en muchas ocasiones son transferencias periódicas pagadas para cubrir pérdidas continuas. Es importante recordar que “los subsidios ... no incluyen las ayudas o donaciones que los gobiernos conceden a las empresas para financiar la formación de capital, ...ya que dichas ayudas se consideran transferencias de capital” (SCN 2008, párrafo 7.99).

Los subsidios a las empresas o quasi-empresas⁹ son transferencias regulares para compensar pérdidas continuadas (es decir, superávits operativos negativos) que se producen por el cobro de precios inferiores a los costos medios de producción, como consecuencia de una determinada política económica y social de las administraciones públicas. Para poder calcular los precios básicos¹⁰ de la producción de dichas empresas, por lo general será necesario partir de la hipótesis de una tasa de subsidio implícita uniforme calculada ad valorem, tasa que se

⁹ “Algunas empresas no constituidas en sociedad funcionan en todos los sentidos (o casi todos) como se fueran empresas constituidas. Estas empresas se las denomina cuasisociedades” (SCN 2008, 4.42). En el sistema de salud, hay proveedores de servicios que realizan determinadas actividades de mercado y que mantienen autonomía del control de la administración pública

¹⁰ Los precios básicos antes de impuestos sobre los productos se añaden y las subvenciones a los productos se restan (SCN 2008, 2.63).

determina por la relación en porcentaje entre el subsidio y el valor de las ventas más el subsidio (SCN 2008, párrafo 7.105).

En la prestación y financiamiento de los servicios de salud, las transferencias y subsidios de la administración pública se conceden para reducir el precio que paga el consumidor final, o los fondos de seguro, por determinados bienes o servicios (especialmente en la atención hospitalaria). Estas transferencias de la administración pública adquieren dos formas diferentes, dependiendo de si se paga a los proveedores de servicios de salud de mercado o de no mercado. Las transferencias a productores de mercado son idénticas a la categoría de “subsidio” en las cuentas nacionales, ya que los subsidios solo pueden existir en la producción de mercado. Sin embargo, en muchos países los subsidios a la producción de mercado de servicios de salud tienen menor importancia relativa, comparadas con las transferencias a los productores de no mercado. En este último caso, se registran como “transferencias corrientes”.

En el capítulo 29, el SCN 2008 da dos opciones para registrar los subsidios:

“...o bien el consumo se valora de forma diferente en la estructura central para incluir el valor de los subsidios al consumo, o el consumo se valora tal cual en la estructura central y las transferencias corrientes específicas deben incluir los subsidios al consumo (SCN 2008, 29.69).

El SHA utiliza la primera opción. Por ejemplo, el consumo final de los servicios hospitalarios se debe volver a calcular (cuando sea posible) añadiendo los subsidios a los costos registrados. Esta solución ofrece un tratamiento uniforme a los totales nacionales y a la distribución funcional e institucional, cuando se compara entre países la proporción respecto al gasto total. La exclusión de los subsidios podría conducir a distorsiones en las comparaciones entre países. En la práctica, los subsidios en salud se relaciona casi de forma exclusiva con la atención al paciente hospitalizado.

La prestación de bienes y servicios en especie a los proveedores de salud está relacionada con los subsidios y transferencias corrientes. En los servicios de salud, puede ocurrir que el costo de determinados bienes y servicios intermedios los cubra directamente la administración pública, ofreciendo estos servicios a los proveedores a costo cero, o a un costo nominal bajo. Un ejemplo sería el suministro de agua y electricidad a los proveedores de servicios de salud, cuyo costo se cubre total o parcialmente por las administraciones públicas. Un ejemplo similar pueden ser los bancos públicos de sangre o los centros de transfusión de los hospitales. En ambos casos, cuando se valoran los servicios de no mercado se deben tener en cuenta estos costos.¹¹

Los límites en la producción de servicios de salud

El SHA recomienda aplicar las normas del SCN para trazar el límite de lo que se debe considerar producción de servicios de salud, con dos excepciones a destacar:

- La salud ocupacional se incluye en los totales nacionales de gasto en salud. En el SCN, esta partida se registra en servicios auxiliares y es parte de la producción

¹¹ Véase cuadro 10.1 en Capítulo 9 un debate sobre el consumo intermedio en el sistema de salud.

intermedia de las empresas¹²; y

- Parte de las transferencias en efectivo a los hogares privados para pagar a los cuidadores de los enfermos y discapacitados, se considera producción de servicios remunerados de atención de la salud en el hogar.

Salud ocupacional

El gasto en salud ocupacional es la suma de los gastos de las empresas, administraciones públicas y organizaciones sin fines de lucro en la prestación de servicios de medicina del trabajo. Estos servicios los pueden prestar dichas instituciones o los pueden contratar a empresas externas.¹³ Incluye servicios de control de la salud del asalariado (exámenes médicos periódicos) y atención terapéutica (incluidos los servicios de urgencia) dentro o fuera de las instalaciones de la empresa.

Prestación de servicios de salud en el hogar

Los servicios de salud no sólo se pueden prestar en los establecimientos de atención de la salud, sino también en los hogares, donde los miembros de la familia se ocupan del cuidado de enfermos, personas con discapacidades o ancianos. La producción por cuenta propia de estos servicios individuales por miembros del hogar para su propio consumo final queda excluida de la medición de la producción en la práctica convencional de las cuentas nacionales. Sin embargo, el límite establecido en el SHA incluye servicios individuales proporcionados en los hogares por miembros de la familia, en los casos en que sean remunerados es decir, corresponden a pagos de transferencias sociales concedidas a este fin.

Esta valoración se basa en el supuesto de que el valor del trabajo de atención no remunerado que se realiza en el hogar es equivalente a lo que los programas sociales estarían dispuestos a conceder. Por supuesto, esta no es una solución completamente satisfactoria, porque no tiene en cuenta la cantidad efectiva de tiempo dedicado a la atención de la salud. Aun así, es preferible a no valorar el servicio y, por tanto, no tener en cuenta las horas dedicadas a los cuidados, como ocurre cuando no se concede al hogar una retribución monetaria formal.

Servicios de salud como parte del sector informal

La producción no observada de servicios de salud (para evitar el pago del impuesto sobre el ingreso u otros impuestos, o para lograr ingresos ocultos adicionales a los obtenidos mediante los contratos con los seguros médicos o los programas de las administraciones públicas) puede constituir una parte considerable de las prestaciones médicas que reciben los hogares. Pero también puede darse el caso de que dichos pagos no declarados se realicen a proveedores de salud por encima de los montos facturados de forma “oficial”. En ambos casos, conviene estimar esta producción e incluirla en el gasto total en salud según se define en el SHA, ya que

¹² Excluye la remuneración en especie en servicios de salud y bienes que no constituyen un consumo intermedio si no el consumo final real de la unidad familiar.

¹³ La partida se corresponde con la Partida 05.2: Salud en la clasificación de los gastos de productores por finalidades (CGPF).

las diferencias en el tratamiento del sector informal de servicios de salud pueden desvirtuar las comparaciones internacionales.

Las acciones ilegales en principio se deben registrar en las cuentas, de la misma forma que las acciones legales, si entran dentro del límite de lo que se considera atención de la salud – véase capítulo 4.

Relación entre gasto corriente en salud y componentes de consumo en el SCN

El SHA y las cuentas nacionales tienen puntos de vista diferentes sobre la actividad económica de una sociedad. Mientras que el SHA se ocupa de forma exclusiva del consumo, provisión y financiamiento de los bienes y servicios de salud, las cuentas nacionales se ocupan de la provisión de todos los bienes y servicios, el uso de dichos bienes y servicios y la generación y distribución de ingresos en toda la economía.

Aunque, según se ha comentado, el principal interés del SHA es el consumo de bienes y servicios de salud, es importante saber lo que se considera prestación de servicios de salud y consumo básico de servicios de salud, ya que hay algunas diferencias sobre lo que el SCN considera producción. El gasto de las unidades de producción en los servicios de salud ocupacional a sus asalariados se registra como consumo intermedio en las unidades correspondientes del SCN, mientras que en el SHA se registra como producción de dichas unidades. Otra diferencia con respecto al SCN, es que la producción de las personas en el hogar que cuidan a sus dependientes no se considera una actividad económica en el SCN y por tanto no se registra. En el SHA, sin embargo, se registra como gasto en salud, aunque sólo en caso de que existan transferencias a los que se dedican a prestar dichos cuidados.

En el SCN la producción se registra a sus precios básicos. El precio básico se define como el importe que tiene que recibir el productor por parte del comprador de un bien o servicio producido, menos cualquier impuesto a pagar, más el subsidio a recibir sobre el producto como consecuencia de su producción o venta. Se excluyen los gastos de transporte que el productor facture por separado.

El uso de los productos se registra a precios de adquisición. El precio de adquisición se define como el importe a pagar por el comprador, excluido el IVA deducible o impuestos similares deducibles del comprador. El precio de adquisición de un bien incluye los gastos de transporte que haya desembolsado el comprador por separado para que le entreguen el producto a una hora y en un lugar determinado. La diferencia entre el valor registrado de un producto en el momento en que se ha producido y el momento en que se ha utilizado, es decir, gasto en consumo final, puede ser considerable. En el sector de salud, el componente principal de esta diferencia es “impuestos menos subsidios a los productos que tiene que pagar el productor”.

En la tabla 3.1 se puede ver la relación entre el gasto corriente en salud según se define en el SHA y los componentes principales de consumo según se define en SCN 2008. Aunque el concepto de gasto corriente en salud tiene algunas similitudes con el agregado del SCN “gasto en consumo final” (que es mucho más amplio, ya que cubre todos los bienes y servicios consumidos en la economía), como se ha mencionado anteriormente, incluye algunos componentes que no se tienen en cuenta como consumo en el SCN.

Tabla 3.1. **Relación entre el gasto corriente en el SHA y la terminología del SCN**

Código SCN 2008	Descripción
P.31	Gasto en consumo individual en salud
P.32	Gasto en consumo colectivo en salud
P.3	Gasto en consumo final en salud (= P.31 + P.32)
D.31-D.21	Subsidios públicos a los proveedores de atención de la salud (neto) para bajar el precio de la producción
P.31*	Salud ocupacional (consumo intermedio en los establecimientos) menos una parte estimada de salud ocupacional en los proveedores de salud y otra administración neta de ramas de actividad médica
P.31*	Producción "remunerada" de los hogares no pagada en forma de transferencias (prestaciones sociales en efectivo) por cuidados domiciliarios de los enfermos, personas con discapacidades por parte de los miembros de la familia
P.3*	Gasto en consumo final total ajustado en salud (= P.3 + D.31 - D.21 + P.31*)
	GASTO CORRIENTE EN SALUD (\approx P.3*)

(*): los límites de producción utilizados en el SHA para calcular esta partida son diferentes de los de las normas del SCN. En el Anexo A se explican las diferencias.

Fuente: IHAT para SHA 2011.

PARTE I

Capítulo 4

Límites Globales de la Salud

Introducción

Establecer un límite común de las actividades en el sector salud es crucial para poder hacer comparaciones internacionales. Para ello, el SCS utiliza un modelo funcional basado en actividades de salud que se pueden conocer a través de las transacciones. Las transacciones son actividades con un valor determinado, que se realizan entre diferentes agentes y organizaciones. Las transacciones registradas en la estructura contable del SCS se refieren a bienes y servicios de salud prestados y consumidos para mejorar el nivel de salud de las personas y de la población en su conjunto.

Es necesario resaltar que la salud es un estado, que no se puede intercambiar, a diferencia de la atención a la salud¹. La salud tiene un valor de uso y no de intercambio. Por tanto, en las cuentas de salud, es la demanda, la provisión y la distribución de bienes y servicios de atención a la salud, más que la salud en sí misma, lo que define las transacciones. En consecuencia, en este capítulo nos centraremos en los límites relativos a dicha atención².

Este capítulo se centra en las actividades de salud de la estructura contable del SCS 2011. Además, introduce conexiones con la marco contable central, que permite desarrollar un grupo más amplio de tablas e indicadores a efectos analíticos y ver la relación con otros sistemas estadísticos.

Definición de los gastos corrientes en salud

Límites del gasto en salud: enfoque funcional

La clasificación funcional en salud (ICHA-HC) establece los límites de las actividades de la atención a la salud desde una perspectiva internacional.³ Según la clasificación funcional (ICHA-HC), **se consideran servicios de salud todas las actividades cuya finalidad principal sea la mejora, mantenimiento y prevención del deterioro en la salud de las personas, así como para mitigar las consecuencias de la enfermedad, mediante la aplicación de conocimientos calificados** [médicos, paramédicos, y de enfermería, que incluye a la medicina tradicional, complementaria

¹ Para fines de aligerar el lenguaje y ser consistente con el uso común de los términos en español, en muchos casos se traduce las expresiones “gasto en salud”, “servicios de salud” y demás, en lugar de “gasto en atención en salud” o “servicios de atención en salud” (N. de T.)

² Medir la salud y su mejora o deterioro es un aspecto importante para la economía y las estadísticas de la salud, como reflejan por ejemplo, medidas como la esperanza de vida o años de vida saludable (AVS) y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). El SCS 2011, al igual que el SCS 1.0, no tiene como objetivo dichas medidas, sino más bien medir el gasto en salud. Lo cual significa que la estructura contable del SCS forma parte de un modelo más amplio, en el que varios determinantes de salud desempeñan una función crucial, siendo uno de ellos la provisión de servicios de salud.

³ El SCS describe el concepto internacional y los límites de las cuentas de salud. Sin embargo, los países tienen sus propias responsabilidades para definir los servicios de la salud que prestan o que no prestan. Por ello, los límites que establece un país pueden ser distintos a los que se establecen internacionalmente

y alternativa (MTCA)]. El objetivo principal mencionado anteriormente se consigue mediante las actividades siguientes:

- Promoción y prevención de la salud.
- Diagnóstico, tratamiento, cura y rehabilitación de la enfermedad.
- Atención de personas afectadas por enfermedades crónicas.
- Atención de personas con discapacidades o impedimentos.
- Atención paliativa.
- Programas de salud a la comunidad.
- Gobernanza y administración del sistema de salud.

Para llevar a cabo las actividades arriba mencionadas, el requisito previo es tener conocimientos básicos médicos, paramédicos y de enfermería. En la mayoría de los casos, aunque no de forma exclusiva, se requiere la acreditación o autorización con la que deben contar los trabajadores de la salud o los cuidadores de enfermos, que los autoriza a ejercer la práctica médica o de enfermería, así como para prestar servicios más complejos dentro de un marco institucional.

La administración es una actividad incluida en los bienes y servicios de salud, como por ejemplo, las actividades administrativas realizadas en un hospital o consulta, y como tal se incluye en las funciones mencionadas anteriormente. La clasificación funcional establece las siguientes categorías de gobernanza del sistema de salud y de administración que realizan por ejemplo los ministerios de sanidad o las empresas de seguros de salud:

- Gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7.1), necesaria para el diseño, gestión y control de la política de la salud;
- Administración del financiamiento de la salud (HC.7.2), necesaria para administrar el proceso de financiación de la la salud.

Las líneas divisorias básicas para estructurar las funciones de salud es la de bienes y servicios de salud individuales frente a los colectivos, los propósitos básicos de la atención (por ejemplo, curativa, de rehabilitación, atención de larga duración), y los modos de provisión (por ejemplo, hospitalario con internamiento, ambulatorio). El SCS 2011 distingue (al igual que lo hacía el SCS 1.0) las funciones de salud (HC) y determinadas funciones relacionadas con la salud (HCR). Estas últimas pueden estar estrechamente relacionadas con las primeras en términos de funcionamiento, instituciones y personal, pero en lo posible deben excluirse cuando se midan actividades que pertenezcan a las funciones básicas de salud. Por ejemplo, muchas actividades que pueden realizarse al mismo tiempo o después de prestar los servicios de salud, como por ejemplo la atención de larga duración o actividades para mejorar la integración y participación de personas con discapacidades, no deberían computarse como funciones de salud. De forma similar, actividades como la higiene alimentaria y el control del agua potable, la protección del medio ambiente, o la promoción multisectorial de estilos de vida sanos, determinantes bien conocidos de la salud, en general se deben incluir como funciones relacionadas con la salud y no funciones de salud, salvo en determinados casos, en los que exista una relación concreta con los programas de atención preventiva.

El marco central y el marco ampliado del SCS

Es necesario trazar una línea divisoria común del sistema de salud, para poder comparar internacionalmente la cuantía y estructura del gasto en bienes y servicios de salud. Un aspecto central del manual son las tres clasificaciones relativas a las funciones, la provisión y el financiamiento, a las que en lo sucesivo nos referiremos como clasificaciones básicas o marco central de las cuentas de salud. Las otras clasificaciones son complementarias. En consecuencia, el SCS 2011 distingue tres grupos de clasificaciones:

- El marco central que incluye las tres clasificaciones que miden el gasto corriente en salud por funciones, proveedores y esquemas de financiamiento,
- La formación de capital con su propia clasificación de activos, y
- Otras clasificaciones que permiten desarrollar indicadores adicionales en el ámbito del marco contable ampliado.

El marco contable central se organiza en torno al sistema de tres ejes que registra el gasto en salud, a saber, la clasificación de las funciones (ICHA-HC), la de provisión de servicios (ICHA-HP) y la de esquemas de financiamiento (ICHA-HF)⁴, según se detallan en el gráfico 4.1. Estas tres clasificaciones básicas resuelven tres preguntas:

- Qué tipo de bienes y servicios de salud se consumen? (capítulo 5)
- Qué proveedores de salud producen los bienes y servicios? (capítulo 6)
- Qué esquemas de financiamiento pagan por estos bienes y servicios? (capítulo 7)

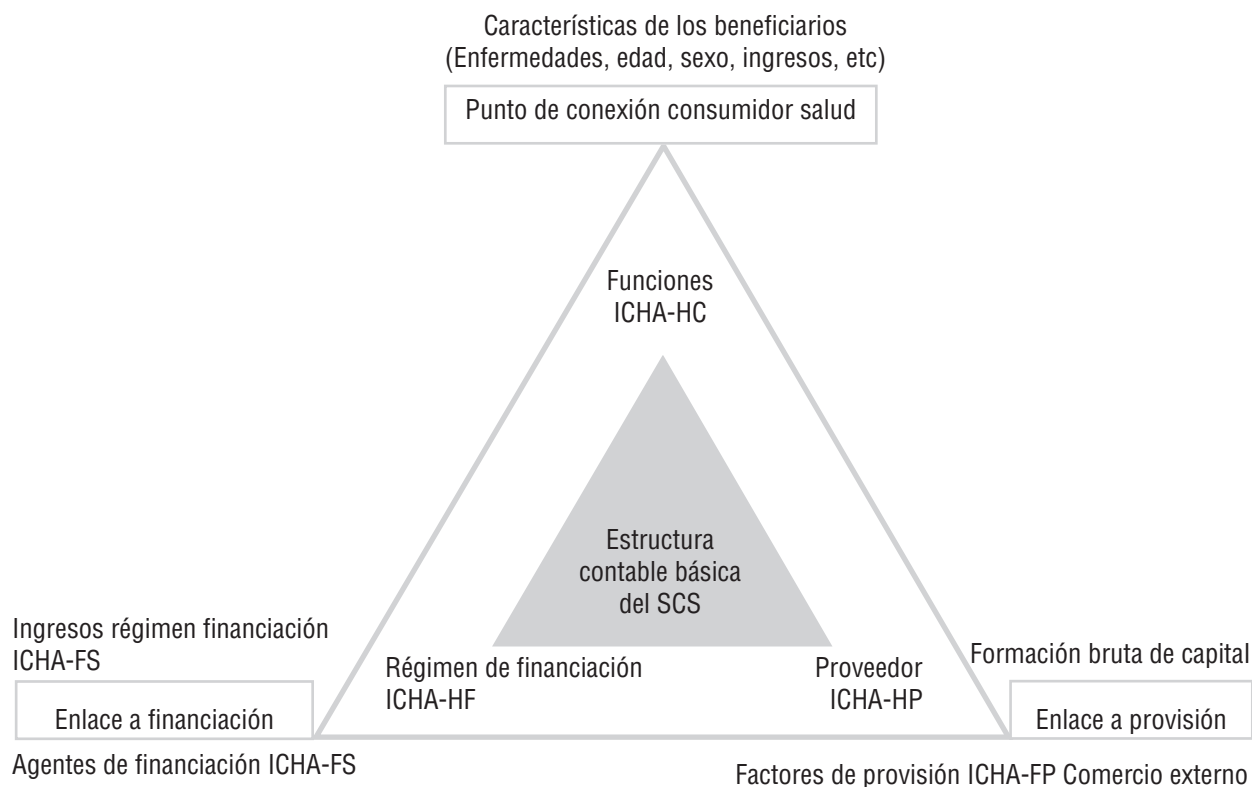
El objetivo final de las cuentas básicas es poder responder estas tres preguntas en cada una de las transacciones que generen gastos en salud. Es decir, utilizar los tres ejes de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA), relativos a las funciones, la provisión y el financiamiento, para describir cada uno de los flujos financieros en el sector salud.

Al marco contable central del SCS, se le pueden añadir una serie de clasificaciones complementarias, estrechamente relacionadas con uno de los tres ejes. Algunas de estas clasificaciones adicionales, como por ejemplo, de recursos humanos, beneficiarios, ingresos de los esquemas de financiamiento y factores de provisión, ya estaban en cierta medida en el SCS 1.0 y en la Guía de productores, aunque en algunos casos con nombres diferentes. El SCS 2011 hace referencia a algunas de estas clasificaciones con varios objetivos. Por ejemplo, para proponer una estructura de clasificación más completa, como en el caso de las clasificaciones por beneficiario y factores de provisión; recomendar nuevas categorías en las clasificaciones existentes, como en el caso de la clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento; ofrecer mejores directrices en aspectos concretos de las cuentas de salud, como por ejemplo en el área del comercio exterior de servicios de salud, o la de formación de capital, que son temas de creciente interés para la política nacional e internacional. Desde una perspectiva económica, estas clasificaciones comprenden actividades que sirven para entender el sistema de salud en un contexto más amplio.

⁴ En el capítulo 15 se incluye un grupo de tablas que presentan la relación de estos tres ejes.

Las funciones de la ICHA-HC corresponden al objetivo de salud de las actividades y determinan los límites en el consumo en salud en sentido estricto. Las transacciones relativas al consumo de bienes y servicios de salud por una parte y las transacciones relativas a la formación de capital, educación y formación, así como investigación y desarrollo para la prestación de servicios de salud en el futuro, por otra, sirven para objetivos distintos. El primer grupo de transacciones se refiere a la cuenta del gasto corriente en salud cuyo objetivo directo es la promoción, desarrollo y mantenimiento del estado de salud de las personas y la población en su conjunto. Es necesario destacar que la prestación de servicios colectivos de salud se considera un uso final directo de la comunidad en su conjunto. El segundo grupo de actividades es el relativo a la generación de recursos con el objetivo de apoyar los servicios de salud mediante el desarrollo de tecnología, recursos humanos y formación de capital. En el SCS 2011, estos objetivos están claramente diferenciados, conservando los tres ejes del gasto corriente en salud del SCS 1.0. En consecuencia, los límites de este segundo tipo de transacciones se incluyen en las cuentas ampliadas del gasto cuyos límites se refieren a las del primer tipo (consumo en salud), aunque no son los mismos.

El gráfico 4.1 muestra el marco central de gasto en salud del SCS 2011 y el marco ampliado. Las tres clasificaciones básicas en la parte media representan el consumo de bienes y servicios de salud, que es igual a su producción y a su financiamiento. Cada una de las tres dimensiones sirve para otros desgloses o dimensiones. En la Parte 2 se describen con más detalle las relaciones entre las cuentas básicas y las ampliadas.

Gráfico 4.1. **Marco contable básico y ampliado del SCS 2011**

La interfaz del consumidor de salud, dentro del marco central, tiene una naturaleza diferente a los otros dos interfaces. El objetivo de desarrollar un interfaz del consumidor dentro del SCS es ofrecer una información más detallada sobre el gasto en la salud en relación con los usos y los beneficiarios del sistema de la salud. La distribución del gasto en salud por características del beneficiario (por ejemplo, edad, sexo, nivel socioeconómico, enfermedades); la morbilidad de la población (incidencia o prevalencia de las enfermedades) y su carga tanto en términos monetarios como no monetarios, puede ser una información muy útil para que los responsables políticos del sector de la salud puedan establecer prioridades de atención y reasignar los recursos disponibles. Mientras que la información sobre los consumidores se puede utilizar para establecer prioridades, la información sobre financiamiento o provisión nos indica el tipo y nivel de recursos disponibles. Del mismo modo, la información sobre los ingresos en los esquemas de financiamiento, las importaciones y exportaciones de en salud (comercio exterior), el costo de los insumos utilizados en la prestación de servicios, o la información importante sobre la formación de capital, educación, formación e investigación en el sector de la salud, pueden servir para decidir los posibles cambios en la asignación de recursos.

Crterios para establecer los límites

Existen diferencias entre los países en lo que respecta a la organización y financiación del sistema de salud, así como en los bienes y servicios consumidos. Desde una perspectiva internacional, disponer de una frontera común en términos funcionales para distinguir los sistemas de salud significa establecer límites en

cuanto a las actividades de salud que se van a incluir a fin de mejorar con ello la comparabilidad de los datos entre diferentes países. Para decidir si una actividad se incluye en el marco contable central del SCS se utilizan cuatro criterios, que se presentan a continuación, por orden de importancia:

- La intención principal de la actividad es mejorar, mantener y prevenir el deterioro del estado de salud de las personas, grupos de población o la población en su conjunto, así como mitigar las consecuencias de la enfermedad;
- Para desempeñar estas tareas se requieren conocimientos médicos y técnicas calificadas de atención a la salud, o bien estas actividades se pueden realizar bajo la supervisión de aquellos con dichos conocimientos, o bien la función es de gobernanza y administración del sistema de salud y su financiamiento;
- El consumo es el uso final de los bienes y servicios de salud de los residentes; y
- Existe una transacción de bienes y servicios de salud.

El criterio principal para incluir o excluir determinadas actividades es la mejora del estado de salud, la disminución de la enfermedad o la prevención del deterioro de la salud de las personas y la población en su conjunto. Por convención, se incluye también la administración y gobernanza del sistema de salud. Aunque el contacto directo con el paciente no se introduce como criterio, es evidente que para la atención curativa y el tratamiento, así como a efectos de prevención, este contacto directo es un requisito previo necesario. En el caso de las actividades de prevención colectiva, se pueden establecer contactos directos e indirectos con el grupo de población objeto de dichas actividades. Otro criterio son los conocimientos médicos, de enfermería o de salud necesarios para llevar a cabo las actividades, o el grado de participación de los profesionales médicos, paramédicos y de enfermería en el proceso de prestación de los servicios. En los dos últimos criterios es importante distinguir entre las transacciones de bienes y servicios de salud que consumen los pacientes, o los consumidos por grupos de población, o aquellos que se transforman y utilizan dentro del proceso de producción en consumo intermedio¹, o aumentan los stocks de bienes como la formación de capital. Los cuatro criterios se comentan en el apartado siguiente.

En consecuencia, ni el reembolso del costo de los bienes y servicios de salud, ni la información ni los datos históricamente recogidos por el sistema estadístico del país, son criterios básicos para decidir si se deben incluir o excluir. En realidad, puede que determinados bienes y servicios registrados por un país como parte del gasto en salud, no se incluyan para fines de comparación internacional o viceversa. Además, las transacciones específicas de la salud que exige el SCS no siempre pueden concordar con los datos disponibles, o la forma en que el sistema estadístico de un país se ha diseñado. Puede que los agregados se sobrestimen o subestimen, o puede que exista un cierto nivel de ambigüedad en las transacciones debido a la falta de datos detallados, lo cual es difícil de evitar. Para poder realizar las comparaciones, se debe evitar cualquier desviación con respecto al SCS y, cuando se produzca, tiene que estar bien documentada.

¹ El consumo intermedio es el valor de los bienes y servicios consumidos como insumos por los procesos de provisión, excluido el costo de los activos fijos cuyo consumo se registra como consumo de capital fijo.

Límites de la cuenta de gasto corriente en salud

Estructura de consumo de bienes y servicios de salud

Los límites de la cuenta de gasto corriente en salud se fijan en función de los objetivos del consumo de bienes y servicios de salud. Estos objetivos se detallan en el capítulo 5 “Clasificación de las funciones de salud” (ICHA-HC). Sin embargo, es esencial clarificar algunos aspectos de la estructura general, que pueden servir de puente entre los conceptos contables y definiciones incluidas en el capítulo 3, y los criterios para fijar el límite de la salud en términos operativos, incluyendo normas específicas sobre cómo resolver los casos dudosos.

Criterios para establecer el límite en términos operativos

En función de los objetivos, la atención en salud comprende los bienes y servicios prestados de forma individual a las personas, así como los servicios de salud a la colectividad. Estos últimos comprenden los programas de prevención, así como la administración del sistema de salud y su financiamiento. Las tareas de prevención y los servicios colectivos de salud incluyen la vigilancia epidemiológica y otras medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluido el establecimiento y aplicación de buenas prácticas o estándares en salud pública, así como programas de salud y su administración. La gobernanza y administración del sistema de salud comprende actividades de planificación, gestión y regulación del sector salud en su conjunto, para asegurar su efectividad, incluyendo tareas de recaudación, mancomunación y distribución de fondos por parte de la administración pública o la seguridad social, así como de otros agentes de financiamiento. (Véase capítulo 5)

Los bienes y servicios de salud producidos y consumidos por las personas incluyen la mayoría de las transacciones registradas en el marco contable central, agrupados en funciones específicas tales como servicios curativos y de rehabilitación, asistencia de larga duración, programas de inmunización preventiva o detección, productos farmacéuticos y otros bienes médicos. La clasificación funcional ICHA-HC también distingue en el nivel de dos dígitos diferentes tipos de entornos, denominados modos de provisión, en función de cómo se prestan los servicios: atención en internamiento, atención de día, atención ambulatoria o atención domiciliaria. Hay que tener en cuenta que los servicios de salud ofrecidos en el lugar de trabajo o en la escuela, a pesar de que se prestan en entornos específicos, también están incluidos, ya que su objetivo es la mejora de la salud, con independencia del entorno, o de las instalaciones donde se prestan y de su reglamentación. Entre los bienes y servicios de salud consumidos por las personas, los servicios de salud ocupacional requieren especial atención, ya que son servicios que prestan especialistas en salud ocupacional en un entorno industrial.² En el

² En el SCN la salud ocupacional es un consumo intermedio y por tanto no se incluye en el consumo de servicios de salud del hogar. Por otra parte, el SCS incluye los servicios de salud ocupacional como gastos en salud por los beneficios para la salud de los empleados. En la mayor parte de los países existen reglamentos al respecto. La salud ocupacional incluye el control de la salud de los asalariados (exámenes médicos periódicos), la atención terapéutica (incluida la atención de urgencia) dentro o fuera del lugar de trabajo. Los gastos en salud ocupacional pueden estimarse de manera aproximada en función de los costos del personal que presta los servicios.

caso de que los servicios médicos para asalariados se contraten externamente (fuera de las consultas de los especialistas médicos), se recomienda adoptar ciertas precauciones en la recopilación de datos, para evitar una posible doble contabilidad.

En cuanto al nivel de conocimientos y técnicas médicas necesarias para llevar a cabo las actividades de salud, el SCS 2011 se remite a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO). Esta clasificación reconoce las profesiones médicas clasificándolas bajo profesionales de la salud y profesionales asociados, incluyendo los profesionales médicos, paramédicos, de enfermería y otros profesionales de la salud en función de las tareas y obligaciones que realicen, además de criterios educativos y conocimientos técnicos necesarios para la realización de las mismas. Por lo tanto, se recomienda usar la CIUO como información básica para clasificar las profesiones médicas según el uso de conocimientos y técnicas médicas. En términos operativos la referencia apunta a las categorías CIUO 2200 y 3200, excluyendo ocupaciones veterinarias – véase Anexo C. Las actividades de bienes y servicios de Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa (MTCA) están incluidas – aunque en cada país se tratan de forma individualizada – en el ámbito de tareas realizadas por profesionales de MTCA y profesionales asociados según se han clasificado en la CIUO (grupo 2230 y 3230)³.

Por lo que se refiere a las actividades que se realizan bajo la supervisión de los que tienen conocimientos médicos y técnicos de la salud, la aplicación de estos criterios se deja en general a discreción de los países, ya que las modalidades de prestación de servicios puede diferir de forma significativa. Sin embargo, el nivel mínimo de supervisión incluye una formación básica y visitas ocasionales, o consultas, a profesionales médicos (un supervisor) para garantizar que los cuidadores prestan los servicios de forma satisfactoria.

La cuenta de gasto corriente en salud del SCS se centra en el consumo final y no en los servicios y bienes intermedios. En otras palabras, el SCS no tiene como objetivo contabilizar los bienes y servicios de salud prestados como parte de la producción intermedia a otros proveedores. Es el caso, por ejemplo, en el que un hospital realiza pruebas de laboratorio para otro hospital. En el caso de atención con internamiento y servicios de atención hospitalaria de día, el gasto en salud debe incluir todos los bienes y servicios médicos recibidos durante el período de atención, con independencia del proveedor o de quién haya pagado el servicio. Una prueba de laboratorio del hospital A para el hospital B genera gastos en el B e ingresos en el A. Sin embargo, las pruebas de laboratorio forman parte de los procesos de tratamiento que ofrece el hospital B. Por ello, las pruebas de laboratorio del hospital A se contabilizan como parte de la producción y facturación del hospital B, y en el SCS se recogen como consumo final de bienes y servicios de salud. En este ejemplo, si se incluye la prueba de laboratorio del hospital A, habría una doble contabilidad desde el punto de vista del consumo y por tanto no se presenta de forma separada. De hecho, es esencial que los gastos totales de atención con internamiento y con cualquier otro proveedor se reconcilien en base a los flujos entre proveedores. El consumo intermedio no se limita a los bienes y servicios prestados por los proveedores de salud a otros proveedores, sino

³ Las profesiones en medicina tradicional y complementaria cuya práctica requiera un amplio conocimiento de los beneficios y aplicaciones de las terapias tradicionales y complementarias, desarrolladas como resultado de un amplio estudio de esas mismas técnicas, así como de la anatomía humana y los componentes de la medicina moderna, según se han clasificado en el Grupo 2230, Profesionales de la medicina complementaria y tradicional. Aquellos cuyas prácticas requieran unos conocimientos menos amplios que se adquieran en breves períodos de enseñanza y formación oficial o extra oficial, o a través de tradiciones y prácticas de las comunidades donde se han originado, se incluyen en el grupo 3230, profesionales asociados de medicina tradicional y complementaria.

que incluye bienes y servicios que pueden prestar otras unidades del resto de la economía, como por ejemplo el agua y la electricidad.

El SCS se centra en el consumo de bienes y servicios de salud de la población residente, con independencia del lugar donde se produzca. Esto supone que se deben incluir las importaciones (de proveedores no residentes) y excluir las exportaciones (bienes y servicios de salud prestados a los no residentes). En la práctica, cuando los estudios de empresas o establecimientos de proveedores residentes son el punto de partida para la creación del SCS, puede que se incluya la exportación de servicios de salud (a los no residentes prestados por unidades residentes) pero no se tenga en cuenta las importaciones de los proveedores no residentes. A medida que el comercio transfronterizo se haga más importante, se pueden utilizar otras fuentes de información para establecer factores de estimación, como las reclamaciones presentadas a las compañías de seguros para reembolsar el costo de los servicios en otro país, o las encuestas sobre viajes (véase capítulo 12 sobre los límites del comercio entre países).

Otro aspecto que hay que tener en cuenta en el consumo en salud es la economía no observada, es decir, no registrada, actividades ilegales o informales que no siempre se recogen o aparecen en las estadísticas. Puede que la actividad no sea reportada y por ello no se recoja en las encuestas oficiales, bien porque el productor desee ocultar una actividad legal, o porque la actividad misma sea ilegal. En algunos países el consumo de bienes y servicios de salud se relaciona a veces con pagos no oficiales, también conocidos como “pagos en negro”. Tanto si estos pagos se refieren a servicios normales o adicionales prestados a los pacientes, o representan un pago en agradecimiento al médico, los pagos no registrados suponen un aumento de los ingresos de los proveedores de salud por una parte y por la otra, provocan una carga financiera para el consumidor. La economía no observada en salud puede suponer una parte importante del sistema en algunos países. Es fundamental por tanto hacer un esfuerzo por calcular el consumo final en salud, aunque no se pueda identificar estas actividades de forma independiente.⁴

El SCS recoge las transacciones con valor, es decir, las transacciones cuyos pagos se realizan a proveedores a cambio de bienes y servicios de salud que reciben los consumidores. En otras palabras, el flujo de bienes y servicios de salud va acompañado de un flujo de medios financieros o de otro tipo. Normalmente, estos pagos a los proveedores de salud los realizan directamente los pacientes u otros participantes en el sistema de forma indirecta (por ejemplo, la administración pública o los seguros médicos) en nombre de personas o grupos de población. Sin embargo, el receptor de estos pagos no necesariamente tiene que ser un proveedor de salud, como puede ser un médico u hospital, sino un hogar que, en determinadas circunstancias, puede prestar los servicios de salud a otros miembros de la familia. Las circunstancias mencionadas se refieren a la prestación de servicios de salud en el hogar bajo supervisión de un médico o profesional paramédico, o siempre que el familiar posea determinados conocimientos médicos que pueda emplear a dicho fin.

⁴ La información sobre la contabilidad de las actividades de salud no observadas se puede consultar en OCDE (2002b) y Naciones Unidas (2008a).

Para ello, el SCS tiene que considerar los hogares no sólo como un agente de financiamiento que paga por los bienes y servicios de salud adquiridos o consumidos, sino también como un proveedor específico que, en determinadas circunstancias, puede prestar servicios⁵. Los servicios, ya sean propiamente de salud o relacionados con ésta, que se prestan en el hogar por parte de los familiares del enfermo, son muchas veces una combinación de servicios de salud y servicios de asistencia social. Esto nos lleva al problema de cómo dividir el componente de salud del componente en asistencia social, dentro del SCS. Para el componente de salud en el SCS recomienda tener en cuenta las actividades de atención medicalizada, que se prestan muchas veces combinada con servicios de asistencia de personas, sobre todo la asistencia para actividades de la vida diaria (AVD)⁶. Si estas actividades están remuneradas, por ejemplo a través de “prestaciones para servicios de enfermería”, u otro tipo de transferencias concedidas para cuidar a los miembros del hogar por una enfermedad, hay que incluirlas en la cuenta de gasto corriente en salud. Por tanto, las prestaciones concedidas a los miembros del hogar se incluyen si son remuneradas. Se supone que antes de haber decidido la concesión de las prestaciones, se ha realizado un examen médico previo, además de otros complementarios cada determinado tiempo, para evaluar si la persona sigue requiriendo las prestaciones. Existen otras prestaciones en efectivo, como las de licencias por enfermedad o maternidad, pensiones en casos de personas con discapacidades o accidentes laborales, cuyo propósito principal es mantener el nivel de ingresos y, por lo tanto, quedan excluidas del marco contable central.

El consumo se valora a precios de adquisición incluyendo el IVA (no deducible). Esto significa que el valor de los bienes y servicios médicos se basa en lo que el comprador paga.⁷ Incluso aunque los servicios médicos y farmacéuticos sean gratuitos, es necesario calcular valores que sean equivalentes a los precios de mercado. Muchas veces, los servicios de salud y bienes médicos se dan de forma gratuita, o a precios “económicamente no significativos” por debajo de su precio real.⁸ Cuando no se pueden conseguir datos fiables de los precios de mercado, una alternativa válida es valorar la producción a un costo igual a los costos de

⁵ Aquí aparecen dos problemas. El primero es el de la disponibilidad de los datos. A pesar de los avances en la medición de los servicios de salud que prestan los hogares, no hay muchos datos de los servicios que prestan los familiares y los vecinos. Además, los servicios de salud que prestan los hogares comprenden una gran variedad de actividades que no están normalizadas (véase Producción y consumo del hogar, Propuesta de una metodología de cuentas satélite del hogar, Eurostat²⁰⁰³).

⁶ Las actividades básicas de la vida diaria comprenden los cuidados propios, que puede ayudar a realizar un miembro de la familia, si la persona no es capaz de hacerlos por sí mismo: higiene personal, vestirse, desnudarse, comer, trasladarse de la cama a una silla, o de la silla a la cama, control voluntario de esfínteres, moverse (a diferencia de las personas que tienen que permanecer en cama).

⁷ El SCN tiene como objetivo medir todos estos insumos (actividades productivas) en la producción de bienes y servicios y cuadrarlos con todas las salidas, bien utilizados por otras ramas de actividad, consumidos, invertidos o exportados. El punto de vista del consumo en el SCS requiere un modelo distinto que la producción en el SCN. El valor del consumo de bienes médicos se mide a precios de adquisición incluido el IVA total. En el SCN, “La producción de los minoristas se calcula por el valor total de los márgenes comerciales de los productos que compran para volverlos a vender (valorados a precios reales).” La razón es que en el SCN la producción de fármacos se mide como producción de la industria farmacéutica. En general, la actividad productiva de las farmacias se limita a la distribución. Para calcular el valor total de producción de los productos farmacéuticos hay que incluir los valores acumulados de producción de las industrias farmacéuticas de otras ramas de actividad, los costos de transporte y de los mayoristas de productos farmacéuticos.

⁸ Los precios de los servicios de salud se tratan con más detalle en el capítulo 13.

producción: es decir, la suma de determinados insumos seleccionados, incluidos los costos de transporte y los márgenes comerciales. El capítulo 9 comprende información más detallada del tipo de factores de producción.

Muchos precios de bienes y servicios de salud son el resultado de acuerdos institucionales complejos en los que, por ejemplo, los precios contratados por los seguros médicos pueden no incluir el costo de los servicios de capital, que pueden pagar de forma separada el gobierno u otros agentes de financiamiento. Uno de estos costos de los servicios de los proveedores es el consumo en capital fijo (CCF), o lo que se denomina depreciación en contabilidad de empresas⁹, por ejemplo, los edificios de los hospitales, los equipos médicos o los productos farmacéuticos caducados que ya no se pueden recetar. Esto representa la pérdida de valor de los activos de capital utilizados en el proceso de producción de bienes y servicios de salud durante el período en curso, resultante del deterioro físico, obsolescencia normal o daño. Mide la disminución en utilidad que tiene el activo fijo para prestar un servicio de salud. Dentro de la marco contable central, el CCF siempre se debe incluir en el precio de los bienes y servicios de salud. Según se especificó en el capítulo 3, en determinadas circunstancias las compras de bienes y servicios de salud por parte de los esquemas de financiamiento (o los agentes) no cubren el costo de capital, por lo que hay que estimar la cifra.

Casos dudosos

La estructura del consumo en el SCS traza la línea divisoria sin considerar dónde y quién realiza las actividades (aunque con referencia al segundo criterio) ni cómo se financian. La clasificación funcional establece los límites según sus objetivos. En algunos casos, como en cirugía cosmética, el transporte de los pacientes, servicios de ayuda domiciliaria, gafas o preservativos, puede no estar claro si hay que incluirlos o no en la cuenta de gastos corrientes en salud. Por regla general, los casos dudosos son bienes y servicios específicos que están entre lo que se considera salud y los productos relacionados con la salud, o los no relacionados con la salud¹⁰. Como no siempre es fácil distinguirlos, por norma se deben verificar primero los cuatro criterios señalados para establecer si se consideran o no como bienes y servicios de salud, y después se deben aplicar las normas específicas sobre cómo tratar estos casos dudosos. En muchos casos, se pueden consultar las recomendaciones médicas. (Para más información, véase la tabla 4.1). Veamos tres áreas concretas de casos dudosos:

- Casos multisectoriales
- Servicios de bienestar
- Asistencia social.

Un gran grupo de casos dudosos están relacionados con casos multisectoriales como los de seguridad vial, lesiones intencionales o medidas para mejorar

⁹ Las diferencias entre depreciación y consumo de capital fijo puede ser importante, debido al principio de costos históricos frente a costo de oportunidad. Para evitar confusiones, el término “consumo de capital fijo” se utiliza en el SCN para diferenciarlo de “depreciación” como normalmente se calcula en la contabilidad de empresas. (SCN 2008 1.66).

¹⁰ Los productos excluidos de los límites del SCS puede que en algunos países se incluyan en la estructura de gastos complementarios para realizar determinados análisis.

la equidad en salud reduciendo los núcleos de población empobrecida. Lo fundamental para saber si estas actividades se deben incluir en el SCS es esclarecer si el objetivo principal de estas actividades es la salud y si para realizarlas hay que utilizar conocimientos o tecnología médica. Por ejemplo, las medidas de seguridad vial son muy importantes para reducir los accidentes en carretera; sin embargo el objetivo principal es la seguridad pública y los desplazamientos de un lugar a otro, más que la salud. Por tanto, sería engañoso incluir el costo de construcción de carreteras, señales y barreras de protección en las cuentas de salud, sumado al costo de tratamiento médico de las personas accidentadas. De forma similar, las pruebas de seguridad de los vehículos, los cinturones de seguridad o las normas de seguridad vial no se consideran bienes y servicios de salud. Sin embargo, las medidas preventivas relacionadas con las actividades mencionadas anteriormente se pueden registrar como un nivel adicional en la estructura del consumo, en concreto como actividades relacionadas con la salud propuestas en el SCS 2011.

Otro grupo de casos dudosos es el de los servicios de bienestar, como los que se prestan en los spa y gimnasios. La percepción de lo que se consideran servicios de salud evoluciona, es intercultural y social (Petreta y Vicente, 2008). Cada país interpreta de forma diferente la relación entre bienestar social, bienestar personal, estilo de vida y estado de salud, así como la efectividad de los bienes y servicios de salud. Las cuentas de gasto corriente en salud no pretenden medir el impacto en el bienestar, ni la efectividad de los servicios de salud. Los bienes y servicios, cuyo objetivo principal sea conseguir un bienestar físico, como por ejemplo ejercicios de entrenamiento físico, o dietas específicas, puede que influyan en la salud, pero se excluyen de la estructura del consumo, a menos que estas actividades sean recetadas por un médico y por tanto cumplen los cuatro criterios para definir los límites de lo que se considera salud para fines de las cuentas (para más información, véase capítulo 5)¹¹. Los casos de cirugía cosmética o trabajos dentales por motivos estéticos (por ejemplo, blanqueado de dientes) se deben excluir (siempre que se puedan identificar de forma separada). A pesar de que para producirlos se utilizan conocimientos, tecnología y personal médico, no cumplen el primer criterio¹².

El objetivo de la asistencia social es prestar servicios y ayuda, por parte de cuidadores formales y no formales, a personas que por razones de su discapacidad, enfermedad o dependencia, la necesitan para vivir una vida lo más normal posible, bien en un entorno asistencial, o en su hogar. La asistencia social comprende una amplia gama de servicios, que incluye consultas, ayuda profesional, alojamiento, distintos tipos de asistencia para realizar las tareas diarias, visitas domiciliarias, servicios de ayuda domiciliaria, comidas, equipos especiales, adaptación del espacio del hogar para las personas con discapacidades, así como servicios de evaluación y administración. En la mayor parte de los casos, son las autoridades locales las responsables de valorar las necesidades de asistencia de su población, así como de la planificación y prestación de estos servicios. En realidad, el tipo de

¹¹ El capítulo 5 propone una partida pro-memoria para la promoción de la salud en los entornos multisectoriales, para recoger la intervención conjunta del sistema de salud y otras ramas, por ejemplo los controles de alcoholemia de los conductores.

¹² En caso de no poder separar los servicios con un objetivo médico de los servicios con un objetivo estético, se deben documentar en los metadatos.

economía en la prestación de la asistencia social es mixto (proveedores públicos, sin fines de lucro y empresas), con varios mecanismos de financiación (pagos directos, reembolsos, prestaciones en efectivo, etc.) y convenios diferentes para su prestación (componentes sociales puros, o una combinación de varios niveles de servicios de salud). La combinación de servicios prestados dificulta la separación de los componentes de salud de los sociales en los servicios de asistencia en las actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales para la vida diaria (AIVD)¹³. La valoración de las necesidades de asistencia, requiere la participación de un profesional médico en respuesta a un estado de discapacidad o enfermedad de una persona. Por tanto, la atención de larga duración (salud) en el SCS 2011 incluye servicios de “ayuda corporal” (por ejemplo, ayuda con las AVD) que es un gasto en salud, mientras que los servicios de “asistencia o ayuda domiciliaria “ (por ejemplo, ayuda con las AIVD), deben ser considerados atención de larga duración (social) y excluidos del límite del marco contable central, siendo registrados en la categoría correspondiente a funciones relacionadas con la salud (HC.R.1). Sin embargo, si los servicios de atención de larga duración (sociales) se prestan como parte de un paquete de servicios en los que domina el componente de atención médica o de atención medicalizada, el gasto se debe incluir dentro de los límites de salud y vice versa¹⁴. Aparte de este caso, el marco contable de salud deja abierta la posibilidad de identificar el gasto en atención de larga duración, es decir, la suma total de los componentes sociales y de salud, que puede tener una gran importancia en términos de políticas.

Niveles en la estructura del consumo

Los niveles en la estructura del consumo pueden servir para diferentes objetivos. En el SCS 1.0 las “funciones relacionadas con la salud” se introdujeron como niveles adicionales a la clasificación funcional, comprendiendo áreas que se superponen con el dominio de la salud por una parte, pero que superan el límite de lo que es la salud, por otra. Se proponen siete funciones relacionadas con la salud: 1) formación de capital de las instituciones que prestan servicios de la salud; 2) educación y formación del personal de sanidad; 3) investigación y desarrollo en salud; 4) control de alimentos, higiene y agua potable; 5) salud ambiental; 6) administración y provisión de prestaciones sociales en especie para la asistencia de personas que padecen enfermedades o discapacidades crónicas; 7) administración y provisión de prestaciones en efectivo por motivos de salud. En la recopilación de datos de la OCDE, OECDE y OMS para el SCS, se incluyó el concepto de “partidas pro-memoria” para poder dar seguimiento a ciertos totales de categorías de gastos específicos, que no se pueden obtener directamente de las categorías de la clasificación funcional, pero que poseen un alto interés para fines de las políticas de salud. Entre éstos tenemos los productos farmacéuticos y los servicios auxiliares (en ambos casos incluyendo la atención hospitalaria y otros modos de provisión).

¹³ En caso de no poder separar los servicios con un objetivo médico de los servicios con un objetivo estético, se deben documentar en los metadatos.

¹⁴ En caso de no poder separar los componentes de salud de los de asistencia social, hay que hacer una descripción clara en los metadatos.

Por lo que se refiere a los diferentes niveles, el SCS 2011 reconoce la importancia de los objetivos detrás de los niveles “funciones relacionadas con la salud” y las “partidas pro-memoria”. Sin embargo, recomienda que se refieran al consumo de bienes y servicios de salud, siguiendo uno de los principales criterios en este marco contable. En consecuencia, se han introducido modificaciones y adiciones al concepto del SCS 1.0 en las clasificaciones funcionales del capítulo 5. En términos generales:

- La formación de capital se registra por separado debido a su complejidad, las dificultades en la recopilación de datos internacionales, así como la naturaleza distinta del gasto en formación de capital, comparada con el gasto en consumo de servicios de salud. El capítulo 11 del SCS 2011 comprende un conjunto de directrices para calcular la formación de capital con un enfoque más integral que el que utiliza el SCS 1.0. Además se tiene en cuenta la educación y la formación de los recursos humanos, así como la investigación y desarrollo en las rúbricas pro memoria.
- De la amplia gama multisectorial de actividades relacionadas con la salud, el SCS 2011 recomienda distinguir dos grupos, a saber, i) la parte social de la atención de larga duración, y ii) las actividades de prevención conectadas a la salud multisectorial, que tengan interés en cuanto a seguridad pública en el amplio sentido de la palabra.
- Para las “partidas pro memoria” de los totales de las categorías de gastos específicos, se proponen tres grupos en la clasificación funcional:
 - i) productos farmacéuticos (incluidos los de atención hospitalaria),
 - ii) MTCA, y iii) prevención. Este último clasifica el gasto según las subcategorías del SCS 1.0 de servicios de prevención y salud pública.

Límites de las cuentas de gastos adicionales del SCS

Dimensiones de la ampliación

Los límites de las cuentas de salud ampliadas pueden ser diferentes del gasto corriente en salud captado en el marco contable central, dependiendo de las actividades adicionales que se vayan a tener en cuenta. Existen tres puntos de contacto que posibilitan clasificaciones adicionales y más desgloses del gasto, que relacionan la cuenta básica del gasto en salud con un conjunto más amplio de áreas estadísticas (véase gráfico 4.1)

- El del consumidor de servicios de salud;
- El de la provisión de servicios de salud;
- El del financiamiento de servicios de salud.

Con las cuentas de gasto adicional del SCS se pueden desarrollar todas estas áreas con más detalle. A continuación sólo se comentan de forma general estos tres grupos y su relación con los límites de la estructura básica contable. Algunas se comentan con más detalle en la Parte 2 y en los anexos.

Consumo de servicios de salud

La perspectiva del consumidor es de particular interés para estudiar la relación entre el consumo de bienes y servicios de salud y su relación con el mejoramiento de la salud de la población. Aunque la salud sólo está parcialmente determinada por el consumo en servicios de salud, el desglose de estos los gastos según las distintas características de los beneficiarios (véase capítulo 10) nos ayuda a comprender mejor la distribución observada en el gasto total en salud. Las diferencias en la salud de distintas personas y grupos de población son evidentes en función de la edad, sexo, nivel socioeconómico (NSE), o zona geográfica. La edad y el sexo son características demográficas de los beneficiarios, que forman parte epidemiológica intrínseca para identificar y medir la utilización de bienes y servicios de salud por tipo de enfermedad.

Algunos componentes del consumo de servicios de salud están estrechamente conectados al área social. Para que exista un acceso equitativo a la salud se deben tener en cuenta las diferencias sociales, culturales y étnicas¹⁵. La identificación y cuantificación de la carga financiera del gasto en salud en diferentes grupos sociales de la población permite comprender mejor los patrones de consumo y los de financiamiento. También permite mejorar la coherencia de las cuentas de salud. Los gastos en salud están repartidos de forma desigual entre los grupos de población. Las variables socioeconómicas pueden determinar no solo la salud sino también, en los esquemas públicos de financiamiento, la exención del copago. Los gastos en salud “catastróficos”, o los gastos directos que tienen que enfrentar los hogares con ingresos bajos, son de especial interés en las cuentas de salud y añaden una información valiosa para conocer la demanda de bienes y servicios de salud, así como su accesibilidad (O’Donnel y col., 2008).

Con una metodología y fuentes de datos coherentes, se pueden comparar los gastos de distintas enfermedades y la suma de los gastos de todas las enfermedades será igual a la estimación realizada del gasto corriente en salud. El SCS ofrece la posibilidad de crear cuentas de gasto por enfermedad coherentes. En la práctica, esto significa la adopción de un enfoque de arriba hacia abajo en la asignación de gastos en salud mediante clasificaciones específicas de enfermedades según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), manteniendo los límites de la cuenta del gasto corriente en salud.¹⁶ El costo de la enfermedad es diferente al costo total que tiene que asumir el paciente. Una de las razones es porque en su cálculo se incluyen costos indirectos. El costo indirecto al estimar el denominado costo de la enfermedad (CE¹⁷) o pérdida de productividad, mide la pérdida de ingresos

¹⁵ Por ejemplo, el modelo de atención primaria articulada según Alma-Ata, especificaba de forma explícita la necesidad de una estrategia global de salud que no solo proporcione servicios de salud sino aborde las causas sociales, económicas y políticas de la enfermedad.

¹⁶ Calcular el gasto corriente en salud por enfermedad es comparable al costo directo en salud en la cuenta de Costo de la Enfermedad (CE). Hay que tener en cuenta que los costos directos que no son de salud no están incluidos, como el transporte y el alojamiento de los familiares, si el proveedor está lejos del hogar, así como el cuidado de los hijos dependientes durante la hospitalización. El CE puede utilizar distintos períodos para calcular el costo: anuales (basado en la prevalencia) o de por vida (basado en la incidencia). Al ser sus datos más sencillos, se han utilizado más los modelos basados en la prevalencia que los basados en la incidencia (véase Capítulo 9).

¹⁷ No existen estándares internacionales para los estudios del CE, por lo que los costos indirectos no siempre están incluidos o la cobertura de éstos no es siempre la misma. Véase Polder (2001).

como resultado de muerte, enfermedad y tiempo perdido por tratamiento de la población en su conjunto. La pérdida de ingresos comprende tanto los del paciente como los de los miembros de la familia que están al cuidado del paciente. Normalmente los costos indirectos son más altos que las prestaciones en efectivo, ya que este tipo de prestaciones normalmente no sustituyen la pérdida de ingresos. La estructura de costos podría también incluir los costos intangibles, como por ejemplo el costo del dolor, sufrimiento, ansiedad, pena y pérdida de tiempo dedicado al ocio, al que no se le ha asignado un valor monetario.

Los gastos corrientes en salud se pueden considerar como el producto de la prevalencia anual de los pacientes que reciben bienes y servicios de salud y el valor medio de éstos. La posibilidad de vincular datos monetarios y no monetarios brinda la oportunidad de obtener información sobre la utilización, incidencia y prevalencia, que son esenciales para medir los costos unitarios de los servicios de salud. Los costos unitarios pueden ser importantes para elaborar los índices de precios de la salud (véase capítulo 13). Además, la información sobre los costos unitarios se puede utilizar para comprobar la coherencia de las cuentas.

Provisión de servicios de salud

La perspectiva de la provisión ofrece vínculos con dimensiones y cuentas adicionales, como son la clasificación de factores de provisión de servicios de salud (véase capítulo 9) o la cuenta de formación de capital (véase capítulo 11). El enfoque aquí es la provisión, en vez del consumo. En la cuenta de gasto corriente en salud, la provisión total es igual al consumo total y es igual también al total del financiamiento a la salud. Es importante distinguir entre “provisión”, que es el valor de los productos de salud y la “producción” de los proveedores, que es un proceso que relaciona insumos con productos. La provisión de servicios de salud para su consumo final es diferente a la producción de bienes y servicios de salud de los proveedores para el comercio exterior, la producción de productos que no son de salud y la producción de bienes y servicios de salud destinados al consumo intermedio. Desde una perspectiva económica, es interesante conocer el valor total de la producción del sistema de salud y su valor agregado correspondiente. Esta perspectiva económica más amplia se aplica en las cuentas satélite que recogen la provisión y el uso de bienes y servicios de salud¹⁸.

Los factores de provisión (FP) son los insumos utilizados por los proveedores para producir bienes y servicios consumidos, o actividades realizadas en el sistema. El límite para medir los factores de provisión se deriva de la producción de los proveedores de salud. Normalmente es un límite diferente al límite del consumo de servicios de salud dentro del marco contable central gasto en salud. Un problema concreto de la cuenta de factores de provisión es que los costos de producción de los proveedores de salud también incluyen partidas correspondientes a productos que no de salud así como exportaciones. El capítulo 9 recomienda tener esto en cuenta para asegurar el cumplimiento con los límites acordados del gasto corriente en salud. No obstante, la ampliación del marco contable central SCS para tener los factores de producción puede ser de interés por varias razones. Por ejemplo, el costo de los distintos componentes que generan el aumento del gasto varía de acuerdo con la forma que esté organizada la compra y la provisión, así como la fuerza que tengan los profesionales de la salud en el mercado. En los países con ingreso per capita

¹⁸ El SCN 2008, capítulo 29 describe un método que cuadra el uso y suministro de los bienes y servicios de salud en un modelo insumo-producto. En el Anexo B se explica con mayor detalle.

más alto, los costos de los recursos humanos son el grupo más importante entre las variables de la cuenta de factores de provisión, incluyendo sueldos y salarios, así como las obligaciones sociales que haya que pagar. Por el contrario, en los países con ingresos más bajos, el costo de los medicamentos puede desempeñar una función muy importante. Además, el cálculo del consumo intermedio en la cuenta de factores de provisión del SCS 2011 contribuye a medir el uso intermedio de bienes y servicios de salud de los proveedores, permitiendo así comprobar los flujos entre los mismos¹⁹.

La generación de recursos que resulta de la inversión en los insumos y tecnologías clave (capital, humanos y conocimientos) determina la capacidad del sistema de salud. En la actualidad, las tecnologías de la información y comunicación, así como los equipos médicos, están completamente integradas en casi todos los procesos de provisión, lo que brinda oportunidades de enriquecerla. La formación de capital es un factor crucial para los proveedores para ofrecer y elevar la calidad de los bienes y servicios de salud. La formación de capital incluye los cambios en equipos, edificios e instrumentos utilizados por los proveedores incluida la adquisición y aplicación de nuevas tecnologías médicas. La formación bruta de capital se mide en la cuenta de capital sumando tres componentes: formación bruta de capital fijo, más las variaciones en inventarios, más las adquisiciones, menos la disposición de los objetos valiosos. Una cuenta de capital humano registraría los gastos de formación de capital humano, así como los recursos humanos en la salud. El capital humano y los conocimientos de salud, de la misma forma que el capital físico, son factores cruciales en la provisión y mejora de la calidad de los bienes y servicios de salud que ofrecen los proveedores. El capital humano del sistema de salud comprende los conocimientos, técnicas y experiencia de los trabajadores tanto médicos, informáticos, de limpieza o gestión, que se consideran indicadores del capital humano. El SCS 1.0 reconocía la importancia de los asalariados, proponiendo medir los recursos humanos en la salud en un modelo de flujos y stocks, así como los gastos en actividades de formación y enseñanza (SCS1.0: HC.R.2). Además, la cantidad de recursos dedicados a la innovación, ciencia e inventos se cuantificaba en los gastos de investigación y desarrollo en salud (SCS1.0: HC.R.3). Ambos tipos de gastos no son para el consumo final actual, pero influyen en el consumo final futuro. Los proveedores de servicios de la salud lo invierten en futuras capacidades del sistema de salud, al igual que la formación de capital (véase capítulo 11, “partidas pro memoria”).

Financiamiento²⁰

El grupo de clasificaciones de financiamiento ofrece la posibilidad de ampliar el marco contable del financiamiento a la salud haciendo un análisis más detallado de los ingresos de los esquemas de financiamiento (véase capítulo 8) y sus vínculos con los sectores institucionales del SCN. En la cuenta básica de gastos, para conocer la información que hay que incluir tan solo es necesario conocer la respuesta a las

¹⁹ El SCS 2011 mide solo las actividades de los proveedores de salud. El uso intermedio de los productos y servicios de salud de otras ramas de actividad no se tienen en cuenta, ya que habría que elaborar una tabla completa de insumo-producto.

²⁰ El financiamiento se describe en los capítulos 7 y 8.

preguntas siguientes: “¿Dónde va el dinero?” y “¿Qué tipo de servicios se financian?” (HFxHPxHC). Las clasificaciones del financiamiento pretenden dar una imagen más integral de los flujos financieros respondiendo a las preguntas: “¿De dónde procede el dinero?” y “¿Qué instrumentos se utilizan para conseguir fondos?” La información que se obtiene de los ingresos de los esquemas de financiamiento puede ser doble. Por una parte, puede enfocarse en dar seguimiento a los fondos que están a disposición de los esquemas de financiamiento, es decir los flujos de las unidades institucionales de la economía (administraciones públicas, sociedades no financieras, sociedades financieras, hogares y ISFLSH) y los correspondientes al resto del mundo, que se destinan a los esquemas de financiamiento. Por otra parte, podría ser de interés la información sobre los mecanismos de contribución, es decir, la forma en que se recaudan dichos fondos (aportaciones de las administraciones públicas, primas de seguro de salud, donación, transferencias, etc.) en relación con asuntos relativos a la estabilidad fiscal, la sostenibilidad y la equidad del financiamiento a la salud.

La identificación de los agentes de financiamiento, que son las unidades institucionales y los tipos de ingreso de cada esquema de financiamiento, permiten interpretar mejor el financiamiento público y privado del sector de salud. Por ejemplo, los “hogares” como sector institucional, pertenecen al sector privado, por lo que los pagos directos para la adquisición de bienes y servicios de salud se considera financiamiento privado. Sin embargo, las cotizaciones a la seguridad social pagadas por el hogar a través de primas de seguro de salud se consideran componentes de financiamiento público, a diferencia de las primas de seguro voluntarias que pagan los hogares, que se considera financiamiento privado. Además, la cuenta de ingresos de los esquemas de financiamiento puede servir para conocer las discrepancias entre los ingresos y los gastos en los esquemas de financiamiento, dado que estos últimos pueden no cuadrar. El gasto total en las tablas HCxHF y HPxHF no es necesariamente igual a los ingresos totales en la tabla HFxFS⁴⁹. Las diferencias muestran el superávit o el déficit de un esquema específico de financiamiento a la salud. Un tema relacionado es el de los desequilibrios intergeneracionales del sistema de financiamiento. Por definición, las aportaciones (privadas y públicas) y las primas pagadas por una generación no son iguales a los pagos necesarios para la prestación de servicios a esa generación. (Auerbach et al., 1994).

Para resumir, la ampliación del marco contable para incluir los ingresos de los esquemas de financiamiento, no modifica en nada los límites del consumo establecidos en el marco contable central de gasto en salud, sino que incluye transacciones distributivas en las cuentas de salud, dentro de la perspectiva del financiamiento. Los desequilibrios entre ingresos y gastos de los esquemas se pueden acumular a lo largo de varios años. Estos déficits o superávits cambian la posición financiera de los esquemas de financiamiento, es decir, sus activos y pasivos financieros. El SCS 2011 no ofrece directrices para registrar los activos financieros y pasivos. Si los contadores de la salud están interesados en ampliar más las cuentas financieras, deberán seguir las normas establecidas en el Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas (MEFP, FMI, 2001) y en el SCN.

Tabla 4.1 Casos dudosos en el marco básico contable del SCS

Actividad dudosa	Criterios para establecer el límite				Argumentos y recomendaciones para incluir o excluir en la clasificación funcional
	<i>Objetivo principal – salud</i>	<i>Conocimientos médicos de salud</i>	<i>Consumo para uso final</i>	<i>Transacción de bienes y servicios de salud</i>	
Cirugía cosmética de reconstrucción de lesión traumática	sí	sí	sí	sí	Incluida.
Otro tipo de cirugía cosmética o plástica	?	sí	sí	sí	A veces no tiene un objetivo de salud; es realizado por profesionales médicos (cirujanos); se utiliza tecnología médica; presencia de transacciones. Los servicios exclusivamente estéticos se deben excluir.
Fertilización artificial o in-vitro	sí	sí	sí	sí	Incluida.
Autopsias	?	Sí	?	?	Podría no tener un objetivo de salud (p.ej. prueba de un delito), ni ser para consumo final. Se incluye si es para un objetivo de salud colectiva y consumo final.
Medicina forense	sí	sí	sí	?	Utiliza los conocimientos y tecnología médica (incl. psicología); autopsias y medicina forense son servicios relacionados. Se incluye si el objetivo es de salud colectiva y consumo final. Se excluye si es consumo intermedio.
Telemedicina	sí	sí	sí	?	Realizada con conocimientos y tecnologías médicas y paramédicas. Se incluye si el objetivo es de salud colectiva y el consumo final. Se excluye si es consumo intermedio.
Terapia psicológica/psicoterapia por abusos físicos o mentales	sí	sí	sí	sí	Incluida.
Servicios de quiroprácticos	sí	sí	sí	sí	Se incluye si se prescribe medicamento y lo prestan profesionales de la salud (véase CIUO 08).
Médicos alternativos / medicinas alternativas	sí	?	sí	sí	Se incluye si cumple las normas de MTCA CIUO 08 (2230 Profesionales de medicina tradicional y complementaria y 3230 profesionales asociados de medicina tradicional y complementaria).
Acupuntura	sí	sí	sí	sí	Se incluye si se prescribe medicamento y los servicios los prestan profesionales de salud (CIUO 08; véase más arriba).
Servicios de institutos de balneología	sí/no	sí/no	sí	sí	Todo el espectro de servicios de profesionales que no son de salud; rara vez prescritos como parte de un tratamiento médico. Se incluye si la función es curativa, de rehabilitación o preventiva y si los prestan los profesionales de la salud. Se excluye si el objetivo es deportivo, bienestar u ocio.
Atención de larga duración	sí	sí	sí	sí	Incluido: atención de enfermería de larga duración y asistencia a personas con motivos de salud, que no sea asistencia social.
Campos de verano para personas con discapacidades o para toda la familia con niños con discapacidades	?	?	sí	sí	Pros: el objetivo principal de dichos servicios puede ser apoyar en las actividades de la vida diaria (AVD); podría tener un componente de rehabilitación. Contras: se incluyen funciones relacionadas con la salud; actividades más allá de las de la vida diaria. Se excluye si el objetivo principal es social (solo se incluye si los componentes son médicos y de salud).

	Criterios para establecer el límite				Argumentos y recomendaciones para incluir o excluir en la clasificación funcional
	<i>Objetivo principal – salud</i>	<i>Conocimientos médicos de salud</i>	<i>Consumo para uso final</i>	<i>Transacción de bienes y servicios de salud</i>	
Actividad dudosa					
Orfanatos (huérfanos y niños con discapacidades) hogares para niños	?	?	sí	sí	Generalmente se consideran instituciones de asistencia social. Se excluye si el objetivo principal es social (sólo se incluye si los componentes son médicos y de salud).
Guarderías para niños de 0-3 años	?	no	sí	sí	En general se consideran instituciones de asistencia social para ayudar a que la mujer se incorpore al mercado de trabajo. Excluida.
Adaptación del hogar, como escaleras eléctricas	?	no	no	no	Existe una amplia gama de dispositivos técnicos, que en general no son servicios de salud ni los dan los profesionales de la salud. Es una inversión más que un servicio de atención. No mejora la salud, sino la calidad de vida. Excluida.
Servicios recreativos (en establecimientos de salud mental o atención residencial)	?	no	sí	sí	Excluida. Solo se incluyen los componentes médicos y de salud.
Masajes	?	?	sí	sí	Incluida, si los dan profesionales de la salud y los receta un médico (véase CIUO 08: 2264 Fisioterapeuta y 3255 Masaje terapeuta). Se excluye a los esteticistas y profesionales relacionados (CIUO 08: 5142). Se excluyen, salvo recomendación médica.
Actividades de gimnasia	?	?	sí	sí	Excluida a menos que estas actividades estén recomendadas por un médico.
Productos de nutrición	?	?	sí	sí	Pros: mejoran la salud, productos vendidos en farmacias y recetados por los médicos. Contras: también se venden en supermercados; Se incluyen si el objetivo es de salud y está supervisado por un profesional de la salud.
Vitaminas y minerales	sí	?	sí	sí	Incluido en HC.5.1.2 Medicamentos de venta directa (MVD) incluso aunque se venta en los supermercados.
Salud materna e infantil	sí	sí	sí	sí	Componentes de prevención y curación con una amplia gama de servicios de salud (p.ej. consultas genéticas y prevención de anomalías genéticas específicas, etc.) Incluida.
Medicina en el trabajo	sí	sí	sí	sí	Incluida como consumo final en el SCS (en SCN es consumo intermedio).
Aparatos de presión sanguínea	sí	sí	sí	sí	Incluida en HC.5.2.9 para hogares. Se excluye si es producción intermedia para profesionales.
Gafas de sol	?	?	sí	sí	Se incluyen sólo bajo prescripción médica o con un objetivo de salud claro (CIUO 08). Se excluye si es por motivos estéticos o de moda.
Protector solar	?	?	sí	sí	Se incluye sólo con prescripción médica.
Preservativos y otros anticonceptivos mecánicos	?	?	sí	sí	Incluidos HC.5.1.3 Otros bienes médicos perecederos.
Transporte del paciente a y desde los establecimientos para recibir atención médica, en taxi u otros vehículos convencionales	sí	no	sí	sí	Pros: el servicio de transporte es necesario para el estado de salud o para conseguir un servicio de salud. Contras: el servicio no lo prestan profesionales de la salud; cuando se presta en una institución de salud, este gasto ya está incluido en el producto principal (consumo intermedio, no uso final). Se incluye si es por recomendación de un médico
Servicios de ambulancia que no transporten pacientes	sí	sí	no	sí	Consumo intermedio. Excluidos.

I.4. LÍMITES GLOBALES DE LA SALUD

	Criterios para establecer el límite				Argumentos y recomendaciones para incluir o excluir en la clasificación funcional
	<i>Objetivo principal – salud</i>	<i>Conocimientos médicos de salud</i>	<i>Consumo para uso final</i>	<i>Transacción de bienes y servicios de salud</i>	
Actividad dudosa					
Servicios de organizaciones de apoyo al paciente en relación con discapacidades	sí	?	sí	?	Se incluyen si el servicio (consulta) tiene un motivo de salud (salvo los servicios jurídicos).
Calzado ortopédico	sí	?	sí	sí	Se incluye si es por prescripción médica y lo prestan técnicos ortopédicos.
Otros bienes médicos	?	?	?	?	Normalmente productos intermedios. Se excluyen si estos productos no se prestan directamente al paciente.
Formulación de la política de la salud fuera de la administración	sí	?	no	sí	En los programas de salud y donaciones, las consultas se ofrecen en el conjunto de servicios. Se excluye porque son productos intermedios.
Actividades de bancos de órganos	sí	sí	?	Sí	No se incluyen porque es consumo intermedio de otros proveedores de salud.
Exportación de servicios de salud	sí	sí	sí	?	Transacciones no relacionadas con la población residente. Excluida.
Producción de atención de salud para uso final propio	sí	?	sí	?	En el SCS (a diferencia de en el SCN) se trata como sustitución de atención de salud profesional bajo determinadas condiciones (p.ej. ayudas para atenciones medicalizadas a los hogares de un solo miembro). Se incluye si los servicios están remunerados.
Asociación médica, sindicato de enfermeras y organizaciones similares (organizaciones de protección de profesionales)	?	?	?	?	No es una actividad de salud al paciente, por lo que se excluye (servicios intermedios).
Cursos de actualización (cursos para profesionales de asistencia obligatoria o voluntaria)	no	sí	no	?	Excluidos (consumo intermedio/factor de insumo).
Ingeniería biomecánica	?	?	?	?	Pros: realizado por las instituciones de la salud o la industria farmacéutica. Contras: estos productos se integran en el consumo intermedio en bienes y servicios de la salud.
					Excluida

PARTE I

Capítulo 5

**Clasificación de las
Funciones de Salud (ICHA-HC)**

Introducción

Dentro del marco de la contabilidad en salud, el principio subyacente podría ser “lo que se consume ha sido previamente producido y financiado”. No existe una relación biunívoca entre las funciones de salud y las categorías de financiamiento y provisión. Los mismos bienes y servicios de salud se pueden consumir de diferentes proveedores y, al mismo tiempo, pueden ser comprados utilizando distintos esquemas de financiamiento. Para poder lograr una perspectiva tri-axial (consumo-provisión-financiamiento), lo primero es medir el consumo (véase capítulo 4), el cual, desde un punto de vista funcional describe el consumo directo que realiza la población para lograr un objetivo específico de salud. Los límites de la atención en salud se establecen en base a ese objetivo específico de consumo. Es importante por tanto entender claramente qué significa el consumo con determinado propósito y cuáles son las categorías pertinentes que hay que identificar.

La clasificación funcional en el marco de cuentas de salud se centra en calcular el gasto corriente, lo cual supone un contacto de la población con el sistema de salud para satisfacer una necesidad de salud. Por tanto, no se incluye la inversión, que se trata de forma separada en el capítulo 11 “Formación de capital en los sistemas de salud”.

El modelo conceptual y taxonómico para generar la clasificación funcional, así como otras clasificaciones, debe tener en cuenta las limitaciones en términos de su viabilidad. La experiencia ha demostrado que la elaboración de las cuentas puede verse limitada por los sistemas estadísticos nacionales de salud, que rara vez corresponden a una clasificación según la finalidad de salud. Por tanto, lo que se tiene que clasificar puede ser diferente, dependiendo de los datos disponibles y de la posibilidad de aplicar una estructura contable.

Este capítulo continúa con un debate sobre el concepto de “función” y la utilización de una clasificación por funciones dentro del marco contable central del SCS. También se describen algunos cambios con respecto al SCS 1.0. La clasificación completa de funciones de salud se presenta con definiciones y ejemplos, identificando las áreas que requieren mayor desarrollo para fortalecer su poder contable.

Consumo en salud según su propósito

En el plano contable, “función” se refiere **“al tipo de necesidad que una transacción o grupo de transacciones pretende satisfacer y al objetivo que se persigue”**. Las transacciones en la parte de los gastos resuelven la pregunta: Cuál es el objetivo? (SCN 2008, 2.42).

El proceso contable requiere identificar las transacciones y los recursos utilizados para satisfacer las necesidades de salud¹. En resumen, la clasificación funcional se refiere a la agrupación de los bienes y servicios de salud consumidos por usuarios finales (es decir, los hogares²) con un objetivo específico de salud. (Véase capítulo 4)

Los servicios de salud generalmente se consumen en forma de conjunto de servicios integrados. De hecho, un contacto con el sistema de salud normalmente supone una combinación personalizada de servicios, por ejemplo, servicios preventivos, curativos o de rehabilitación. Dichos servicios pueden estar o no estar integrados en un programa planificado, siendo a veces imposible separar cada uno de los componentes de dicho conjunto de servicios, cuando no forman parte de un programa con registros de gastos específicos³.

Los servicios de salud se consumen de dos formas: colectiva e individual⁴. Dado que el estado de salud es un atributo de las personas, el consumo de servicios de salud es específico de cada persona; por lo cual, está relacionado con el consumo privado y las necesidades individuales. Este punto es importante, porque aunque el gasto en salud es un agregado, para formular las políticas es necesario conocer los servicios que se van a prestar a los que los necesitan y los recursos necesarios para prestar los mismos.

Por otra parte, los servicios colectivos se dirigen a toda la población (o partes de la misma) y su objetivo es mejorar el nivel general de salud, o la efectividad y eficiencia del sistema de salud, que beneficia de forma simultánea a todos los usuarios. Estos servicios son diversos y no están directamente relacionados con usuarios individuales, sino con intervenciones en todo el sistema de salud, o subcomponentes del mismo, como la supervisión y evaluación de programas específicos para el control de enfermedades, además de servicios de gobernanza y administración.

¹ Sin embargo, el término “función”, internacionalmente no se entiende de forma intuitiva. En las cuentas nacionales, esto puede referirse tanto a grupos de bienes y servicios o productos, como al objetivo principal de las unidades institucionales, al objetivo de las actividades de las unidades productivas o incluso al objetivo del financiamiento.

² Por convenio, los hogares son los consumidores finales a los que se les asignan las prestaciones de las administraciones públicas y las ONG, en lo que se denomina consumo corriente final en el SCN.

³ Los sistemas estadísticos pueden tener ciertas limitaciones para generar una distribución de gastos por funciones con los datos disponibles. Las clasificaciones más importantes para tomar decisiones, promueven la depuración progresiva de los sistemas de información, proceso que se puede hacer en paralelo con el prorrateo a través de claves de asignación. La separación se realiza en función de la dedicación de los recursos humanos compartidos, la información sobre los costos y utilización, etc. Usualmente la información notificada agrega los datos de atención curativa y de rehabilitación, la cual contiene también componentes de prevención.

⁴ Las características del consumo individual y colectivo se explican con más detalle en el capítulo 3

Usos del enfoque funcional

La clasificación funcional se utiliza principalmente para:

- Agrupar bienes y servicios de salud por finalidad⁵;
- Cruzar la clasificación de estos grupos con otras clasificaciones de cuentas de salud importantes;
- Generar indicadores, como por ejemplo la proporción del gasto en atención curativa y preventiva, la distribución del gasto entre pacientes internados y ambulatorios, así como otros indicadores cruzando la clasificación con información financiera o de provisión, tales como: el gasto privado en grupos de bienes y servicios de salud (por ejemplo, bienes médicos comprados mediante pagos directos), o servicios por modo de provisión (por ejemplo, pacientes internados o ambulatorios). Los indicadores necesarios para el control nacional pueden ser diferentes y pueden estar conectados a niveles de información más detallados.

Características de la clasificación funcional del SCS 2011

En la clasificación funcional del SCS 2011 se han introducido las modificaciones siguientes:

- Nomenclatura funcional. Se ha hecho un esfuerzo por mejorar el enfoque funcional tanto en la denominación como en las definiciones de las categorías relativas a los propósitos de salud, a nivel del primer dígito de la clasificación. Se han renombrado las categorías de consumo individual antes vinculadas a las categorías del modo de provisión, para que reflejen mejor la función, aunque el contenido sigue siendo el mismo (p.ej. bienes médicos (HC.5) y servicios auxiliares (HC.4)).
- Gasto corriente. La formación de capital se adquiere como un medio de producción y es una inversión. Para poder medir el consumo final, el gasto asociado a la formación de capital se ha trasladado a una cuenta de capital específica. La reestructuración también incluye la formación de los recursos humanos y los servicios de investigación y desarrollo, que no encajan con el objetivo de consumo final y por tanto quedan fuera de esta clasificación. El método de consumo final mejora la operación del modelo tri-axial⁶.
- Prevención. La categoría funcional está más enfocada al propósito del consumo, por ejemplo, uno de los objetivos al ponerse en contacto con el servicio de salud es recibir atención preventiva. Se han aplicado los criterios definidos en los límites del gasto en salud (según se describen en el capítulo 4) para diferenciar mejor la

⁵ Para ilustrar este problema se mencionan dos ejemplos. Una categoría, como por ejemplo los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR) comprende cientos de productos de que entregan los hospitales, los cuales abarcan sólo una tercera parte de la actividad total del hospital. Los productos farmacéuticos pueden contener varios miles de entradas diferentes, agrupadas en 14 capítulos dentro del sistema de Clasificación Anatómico Terapéutico Químico (ATQ). Por tanto, la agrupación de los bienes o servicios para establecer las funciones de salud puede seguir trayectos diferentes.

⁶ En las cuentas de salud, el modelo tri-axial establece la equivalencia de consumo-provisión-financiamiento. Las ventajas de este modelo son el uso óptimo de los datos para garantizar que no se produzca una doble contabilidad y no se omita ninguno.

prevención y las categorías relativas a la curación (HC.R) del SCS 1.0. La mejora de las definiciones permite establecer categorías más amplias, exhaustivas y mutuamente excluyentes, aumentando la capacidad de comparación de las categorías de las cuentas de salud entre países. La categoría “prevención y salud pública” del SCS 1.0 no estaba muy clara en cuanto a su contenido, ya que se basaba en una mezcla de criterios: por ejemplo, lo “público” se podía referir al mismo tiempo a los servicios financiados por las administraciones públicas, o bien al lugar de entrega (servicios de propiedad pública) o a los beneficiarios (grupos prioritarios de población). Por ello, la “atención preventiva y de salud pública” se ha reestructurado en una categoría denominada prevención, que se diferencia mejor, en virtud de su propósito, de los componentes curativos (véanse tablas 5.1 y 5.2 y las definiciones desarrolladas en el apartado siguiente).

- Partidas debajo de la línea. Se han creado estas categorías, con la finalidad de permitir análisis más completos sobre las políticas de asignación de recursos. Se han establecido dos grupos:
 - *Partidas de notificación*, que identifica las categorías de importancia política que no se han identificado en una categoría HC específica, aunque su contenido entra en lo que se considera salud. Por ejemplo, el gasto total en productos farmacéuticos (incluidos los de atención a los pacientes hospitalizados), o un agrupamiento alternativo de bienes y servicios de salud que no se han identificado de forma separada en la clasificación HC principal, como las MTCA (véase tabla 5.1 y las definiciones en el siguiente apartado).
 - *Partidas relacionadas con la salud* también identifican áreas de interés para fines de políticas relativas a la salud, pero que están fuera de los límites de lo que se considera salud. Es el caso de los programas de atención de larga duración (ALD) o áreas de promoción intersectorial de la salud (véase tabla 5.1 y las definiciones desarrolladas en el apartado siguiente).
- La investigación y desarrollo no forma parte del consumo final en salud de la población. Se ha excluido de las categorías de bienes y servicios relacionadas con la salud⁷. En el SCS 2011 es una partida debajo de la línea de la cuenta de capital.
- La educación y formación de los recursos humanos de salud (RH) no es parte del consumo final en salud de la población. Se han excluido las categorías relacionadas con la salud. En el SCS 2011 es una partida debajo de la línea de la cuenta de capital⁸.

La clasificación funcional de salud revisada se puede ver en el cuadro 5.1. Las categorías a nivel del primer dígito, identifican el objetivo de la salud, o las posibles necesidades de un consumidor de servicios de salud. El listado refleja los agregados utilizados en muchos países para comparar el perfil del gasto. Se incluyen las partidas debajo de la línea, para poder medirlas a escala nacional

⁷ Cumple las normas del SCN: “La IyD que no aporte ningún beneficio económico a su propietario se debe considerar consumo intermedio (SCN 2008 párrafo 10.103).

⁸ SCN 2008, “cuando la formación la presta el empleador para mejorar la efectividad del personal, el costo se considera consumo intermedio” (SCN 2008 p 1.54).

cuando sea necesario. Un ejemplo es cuando los países tienen un interés en hacer un seguimiento de las categorías de prevención y salud pública según el SCN 1.0.

Fundamentos de la clasificación por funciones

Categorías del consumo en salud según su propósito

Cuadro 5.1 **Clasificación de las funciones de salud al nivel de un dígito**

HC.1	Atención curativa
HC.2	Atención de rehabilitación
HC.3	Atención de larga duración (salud)
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función)
HC.6	Atención preventiva
HC.7	Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en otras categorías (n.e.c.)

Partidas debajo de la línea:

HC.RI.1	Gasto farmacéutico total
HC.RI.2	Medicinas tradicionales, complementarias y alternativas
HC.RI.3	Servicios de prevención y salud pública (según SCS.1)

Partidas debajo de la línea: Relacionadas con la salud

HCR.1	Atención de larga duración (social)
HCR.2	Promoción de la salud con un enfoque multisectorial

Las categorías de primer nivel de la clasificación funcional distribuyen el consumo en salud según el tipo de necesidad del consumidor (por ejemplo, curativa, asistencial, preventiva, etc).

El contacto⁹ de una persona con el sistema de salud incluye un conjunto de componentes que se pueden descomponer en una secuencia diseñada para:

- Establecer un diagnóstico;
- Formular una receta y un plan terapéutico;
- Complementar el proceso con pruebas de imagenología, laboratorio y pruebas funcionales para el diagnóstico y valoración de la evolución clínica;
- Complementar el plan terapéutico con productos farmacéuticos y otros bienes médicos, así como procedimientos tales como la cirugía;
- Supervisar y evaluar la evolución clínica;

Esta secuencia se ajusta a las necesidades de cada persona. Por ejemplo en el caso de la prevención, puede suponer la comprobación del estado de salud,

⁹ En vez de un episodio, la propuesta es dar seguimiento al contacto o encuentro. La diferencia es que un contacto supone una visita al sistema de salud, mientras que un episodio puede incluir una serie de contactos, por ejemplo, con varios componentes del sistema de salud en una sola visita o en varias.

recomendando un estilo de vida sano, con detección temprana de una enfermedad, mediante pruebas de imagenología, laboratorio o funcionales y en algunos casos, mediante la receta de bienes médicos, como por ejemplo mallas de protección para las camas en los programas de lucha contra la malaria, o medicamentos para reducir el riesgo de contraer dicha enfermedad.

Un contacto con el sistema de salud es un acontecimiento que comprende uno o más de los componentes descritos anteriormente, según las necesidades específicas para las que se inicia la secuencia. El planteamiento en este marco contable, es que cada contacto con el sistema de salud sea la base para realizar la medición, y no la totalidad de las interacciones del individuo con el sistema de salud durante la enfermedad. Por ejemplo, durante el embarazo, cada visita al médico, laboratorio, consulta prenatal o receta de medicamentos se contabiliza por separado como un contacto. Un contacto es distinto al tratamiento completo, que comprende todas las visitas necesarias para tratar un problema de salud.

El historial natural de la enfermedad supone una serie de visitas al sistema de salud y permite desglosarlas por tipo específico de servicio. Muestra el avance ininterrumpido de una enfermedad u otra condición de salud (trastorno, lesión, envejecimiento), desde el momento de exposición, ocurrencia o comienzo a los factores que la causaron (agentes causales), hasta la recuperación, la declinación funcional o la muerte, y determina el objetivo de cada contacto con el sistema de salud (véase gráfico 5.1)¹⁰. Las intervenciones del sistema de salud tienen la finalidad de abordar cada una de las fases de tal forma que se detenga el avance de la enfermedad, o cuando no sea posible, por lo menos que se retrase o se reduzcan sus efectos.

El inicio de este proceso es un estado saludable, sin enfermedad. Las intervenciones durante esta fase tienen como objetivo mejorar la salud y mantener un estado en el que el riesgo de contraer enfermedades sea bajo, o lo que es lo mismo, prevenir su aparición (HC.6), mediante vacunaciones por ejemplo. Las intervenciones preventivas incluyen también a personas con riesgos específicos, que no tienen síntomas de la enfermedad, o que si ya han empezado a aparecer los primeros síntomas, su detección podrá reducir los daños posibles, y lograr intervenciones más exitosas. Un ejemplo claro es el cáncer de próstata y de mama, en cuyo riesgo influyen la edad y el sexo; algunos estilos de vida aumentan claramente los riesgos, como ocurre con el tabaquismo y el cáncer de pulmón.

Desde el momento de su comienzo, la enfermedad se identifica por la aparición de síntomas o signos que provocan la búsqueda de un tratamiento adecuado por parte del paciente (o en su nombre). Cuando los síntomas son de naturaleza aguda, se busca una remisión o cura (HC.1). Algunas enfermedades no se pueden curar y se convierten en crónicas, con cierto grado de declinación funcional. El tratamiento en estos casos implica visitas repetidas de control y la participación del paciente para

¹⁰ Puede existir una descripción específica o "historia natural de la enfermedad" para cada enfermedad, que se ajusta según el avance en el conocimiento de su causalidad, su prevención y control. Un ejemplo de tales cambios es el caso de ciertas enfermedades neurológicas que se consideraban no contagiosas hasta que un desarrollo tecnológico permitió identificar un virus en su origen. De esta forma dejó de ser una enfermedad no contagiosa y la historia natural de la enfermedad se modificó.

supervisar y controlar los síntomas y el tratamiento¹¹. La atención curativa es el motivo más frecuente por el que las personas buscan un contacto con el sistema de salud. Sin embargo, en función de las necesidades específicas de cada consumidor, los servicios recibidos pueden incluir un conjunto específico de componentes de atención preventiva, de rehabilitación y curativa.

La comorbilidad se produce al aparecer un proceso mórbido adicional, cuando el primero todavía está activo. Normalmente hay que aplicar un tratamiento adicional para esta nueva condición aguda. Otra posibilidad es que el tratamiento prescrito pueda acarrear riesgos iatrogénicos, es decir, puede aparecer otra enfermedad, lesión o se pueden producir efectos secundarios debido al tratamiento recibido, lo cual, a su vez, también requiere tratamiento. Las complicaciones frecuentemente implican un tratamiento más complejo. Otro resultado posible de la atención es una recaída, en cuyo caso el tratamiento se tiene que restablecer o modificar. Las secuelas, que son las consecuencias negativas de una enfermedad, pueden permanecer.

Las discapacidades, así como otras consecuencias del tratamiento, se pueden rehabilitar (HC.2). Tanto un estado agudo como crónico se puede deteriorar causando una discapacidad de diversos grados de severidad, desde leve hasta total. La declinación a través de varios estadios de funcionamiento puede llegar hasta el punto que la persona no pueda cuidarse por sí sola, en cuyo caso, cuando no se pueda conseguir la rehabilitación, se elige la atención de larga duración (HC.3) para mantener una mejor calidad de vida y reducir el sufrimiento, limitando el deterioro. Los cuidados paliativos son un componente de esta fase final.

Los servicios colectivos van dirigidos a toda la población (o partes de la misma) y pretenden mejorar el nivel de salud general, o la efectividad y eficiencia del sistema de salud, que beneficia de forma simultánea a todos los usuarios. Esto se refiere, fundamentalmente, a algunos servicios preventivos (parte de HC.6) y de gobernanza, administración y financiación del sistema de salud (HC.7).

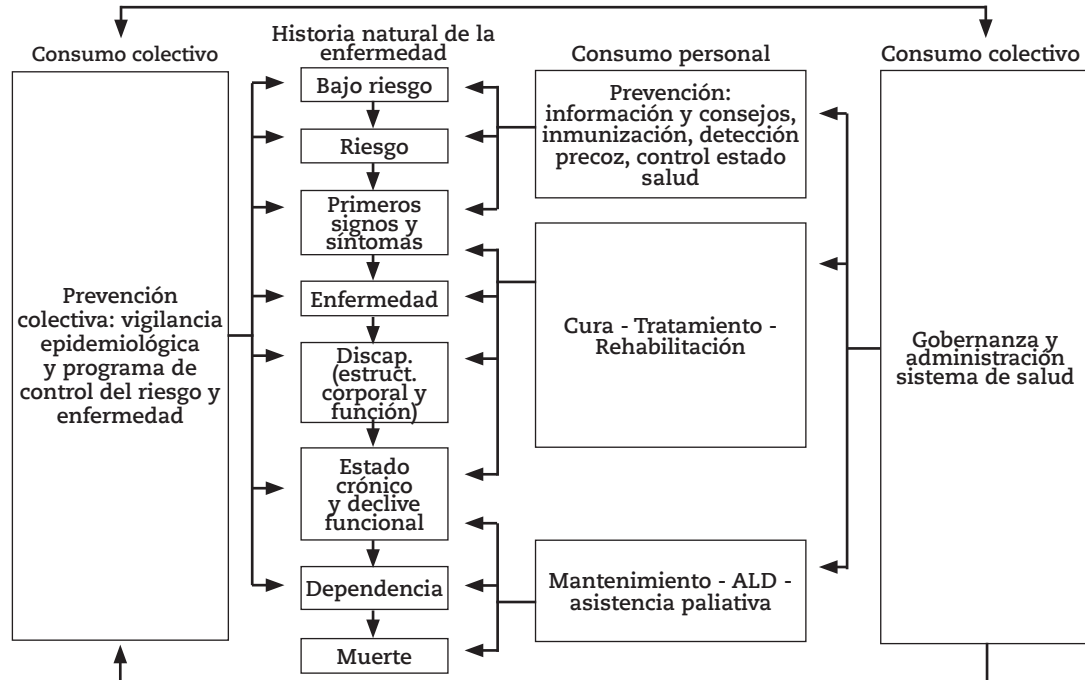
Una aplicación del marco de la historia natural de la enfermedad se puede ver en el gráfico 5.2, que emplea un árbol jerárquico de decisiones para clasificar las transacciones según el propósito de la atención en salud. La secuencia de los códigos de la clasificación HC no sigue el trayecto de la historia de la enfermedad. Los códigos siguen los desarrollados en el SCS 1.0 para facilitar la continuidad de la serie temporal.

Categorías del modo de provisión

Las categorías correspondientes a la atención curativa, de rehabilitación y de larga duración de (HC.1-HC.3)¹² se desglosan a nivel del segundo dígito, por modo de provisión (MdP), con base en la estructura tecnológica y de organización de los servicios consumidos. No hay un conjunto único de bienes y servicios

¹¹ En la mayoría de los países cada visita para tratar una enfermedad crónica se considera un contacto por separado. La prevención se presta también por MdP. Sin embargo, a efectos de las cuentas de salud, la atención

¹² La prevención se presta también por MdP. Sin embargo, a efectos de las cuentas de salud, la atención preventiva se reporta por tipo de servicio.

Gráfico 5.1 **Historia natural de la enfermedad y propósito de los bienes y servicios de salud**

Fuente: Adaptado de Norman (2003).

que se consuman en cada MdP. Cada contacto puede contener un solo producto, o a un grupo de bienes y servicios de salud para tratar la condición de salud de una persona. Los servicios consumidos por MdP varían también de acuerdo a las características del sistema de salud y las preferencias tanto del consumidor como de los que prescriben el tratamiento¹³.

El enfoque de MdP responde a los intereses específicos de las políticas de salud, pero también reconoce la estructura de las fuentes nacionales de datos. Un objetivo adicional es diferenciar productos similares que se entregan con calidades diferente, sobre todo debido a la tecnología utilizada y la intensidad, duración y continuidad de la interacción con los servicios de salud.

Por ejemplo, los procedimientos quirúrgicos y algunos procedimientos no quirúrgicos en entornos de internamiento y ambulatorios pueden ser idénticos, a excepción de que en la atención con internamiento incluye alojamiento y atención de enfermería adicional. La función de los servicios auxiliares y de los bienes médicos es la misma, con independencia de si se prestan al paciente internado o ambulatorio. En cualquier caso, el consumo incluye el valor total de los recursos necesarios para la prestación del servicio, incluidos los costos de gestión y administración.

¹³ La asimetría en la información entre el proveedor de salud y el consumidor es la razón por la que los clientes aceptan en la mayoría de los casos el conjunto de servicios terapéuticos indicados por el proveedor.

Las categorías por MdP identificadas son: atención con internamiento, hospitalización de día, atención ambulatoria y atención domiciliaria. Los criterios principales para diferenciar las categorías son:

- La atención con internamiento y la hospitalización de día requieren el ingreso en un establecimiento de atención de salud, lo cual no es necesario en la atención ambulatoria y domiciliaria;
- La atención con internamiento supone una estancia nocturna después de haber sido ingresado, mientras que en la hospitalización de día al paciente se le da de alta el mismo día;
- La atención ambulatoria y domiciliaria se diferencian en función del lugar donde se prestan los servicios; en la domiciliaria se prestan en el domicilio del paciente y en la ambulatoria se prestan en las instalaciones del proveedor de salud.

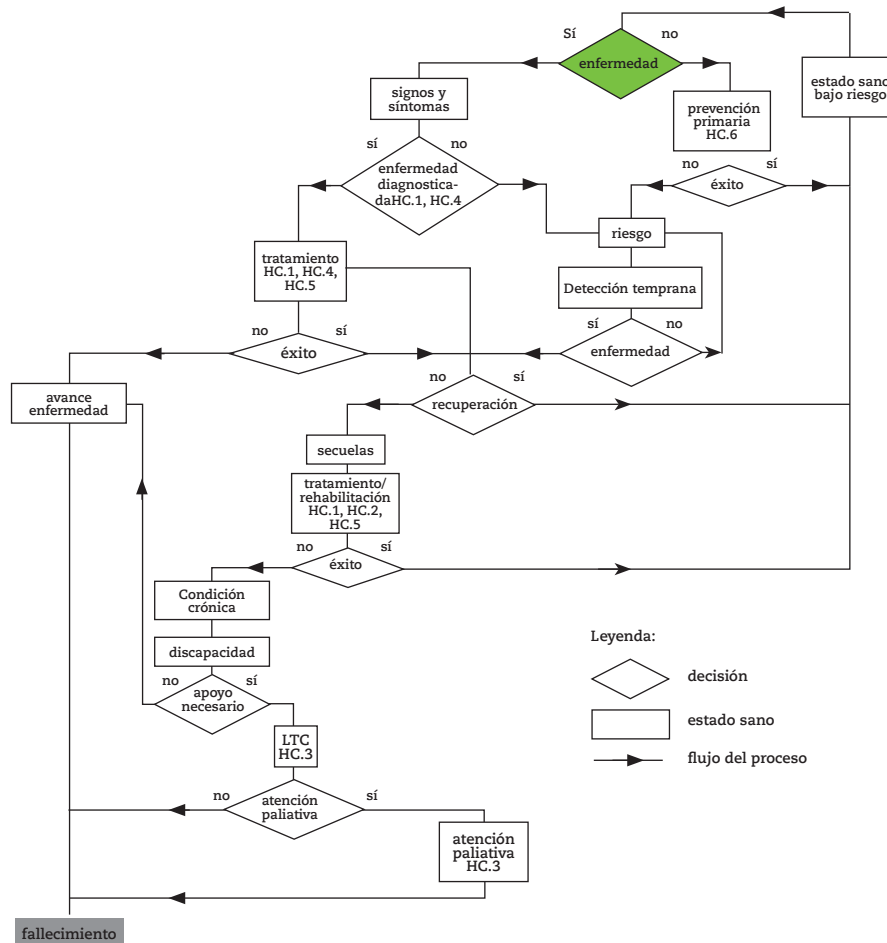
Atención con internamiento

Un contacto de internamiento incluye ingreso formal en el establecimiento de atención de salud para su tratamiento o asistencia, teniendo que pasar la noche en el mismo. Se clasifica como atención con internamiento, con independencia del tipo de proveedor, que puede ser un hospital, una clínica, o proveedores de salud clasificados como ambulatorios pero que realizan procedimientos ocasionales que requieren internamiento y pueden ofrecer alojamiento para pasar la noche. También pueden ser servicios de salud dentro de cualquier tipo de establecimientos que puedan alojar a pacientes durante la noche. Los hospitales o sanatorios para tuberculosos están organizados frecuentemente para ofrecer alojamiento y tratamiento médico, siendo este último el propósito principal de la estancia en los mismos.

El alojamiento con atención médica y auxiliar constituye la principal distinción entre atención con internamiento y la atención ambulatoria. El alojamiento es necesario, porque cuando el paciente ingresa en un hospital normalmente es por una enfermedad que requiere un procedimiento diagnóstico de más larga duración y una vigilancia intensiva antes y después de una operación; las enfermedades y problemas más graves requieren servicios de atención con alojamiento.

- Los contactos de menos de 24 horas que incluyan una estancia nocturna, en la que la persona abandona el establecimiento de salud al día siguiente de ser ingresado, se contabiliza como atención con internamiento, con independencia del propósito original. Los pacientes que ingresan por emergencias se deben incluir sólo si tienen que pasar la noche en un establecimiento hospitalario. En caso contrario se consideran pacientes ambulatorios.
- Las visitas recurrentes que duren menos de 24 horas se clasifican como hospitalizaciones de día, aunque en algunos casos pueden ser internamientos de noche, como por ejemplo, en el caso de enfermos mentales que necesitan vigilancia durante la noche (además de la atención que se les presta durante el día en establecimientos para ello o en el hogar).

Se deben incluir todos los bienes y servicios de salud recibidos durante un contacto con internamiento, con independencia de quién sea el proveedor o de

Gráfico 5.2 **Árbol jerárquico de decisiones para la clasificación funcional**

Fuente: IHAT para SCS 2011.

quién paga por el servicio, como es el caso de los productos farmacéuticos que proporcionan directamente los profesionales de la salud, o aquellos que los familiares tienen que comprar en una farmacia, bien sea en el propio hospital, o en cualquier otro establecimiento.

En el caso de los países en vías de desarrollo, en los que es muy común que sean los familiares los que se encarguen de cuidar a los pacientes internados, cualquier gasto directo o reembolso - incluidos los gastos de alimentación, atención de enfermería y bienes médicos (si no los proporciona el establecimiento de salud) se deben registrar en atención curativa con internamiento. Estos gastos normalmente quedan reflejados en los registros de reembolsos de los esquemas de financiamiento o son identificados en las encuestas a los hogares.

Atención de día

Los servicios de internamiento y ambulatorios son prácticamente universales. Sin embargo, la atención de día es un concepto incipiente en muchos países y muchas veces se utiliza para conseguir objetivos específicos, como la contención del gasto y la reducción de las listas de espera. A diferencia de la atención con internamiento

o ambulatoria, **la atención de día comprende servicios médicos y paramédicos planificados prestados a pacientes para su diagnóstico, tratamiento u otro tipo de atención, pero con la intención de darle el alta el mismo día.** En la atención de día se prestan servicios de atención preventiva, curativa, de rehabilitación y de larga duración. Los servicios de atención de día se pueden prestar en hospitales, centros ambulatorios o centros de atención de día. Las cirugías electivas de día se realizan en instituciones o unidades especializadas en esta clase de servicios programados. Pueden realizar cualquier clase terapias invasivas electivas, normalmente bajo anestesia general o local, a pacientes cuya vigilancia y convalecencia no requiera pasar la noche en el establecimiento, como ocurre con el paciente internado (para una intervención quirúrgica con láser por ejemplo, diálisis, etc.). Se pueden utilizar también terapias no invasivas, planificadas y recurrentes (como la rehabilitación en sesiones en grupo o individuales).

En algunos países los datos sobre los servicios de atención de día se encuentran agregados con los servicios de internamiento o ambulatorios. Cuando un paciente es admitido en un servicio de atención de día, pero debido a una complicación se tiene que quedar ingresado, se debe volver a clasificar como paciente internado, si fuera posible. Un paciente de atención de día (“o diurna”) normalmente se admite y se da de alta pasadas entre 3 y 8 horas el mismo día. Los servicios a los pacientes no admitidos pero que después se los ingresa para una intervención de día, se consideran una atención de día. El capítulo 14 ofrece algunas sugerencias de cómo tratar los registros agregados.

Atención ambulatoria

La atención ambulatoria incluye servicios médicos y auxiliares prestados a un paciente que no queda ingresado en el establecimiento y por tanto no pasa la noche en el mismo. Un paciente ambulatorio es una persona que acude a un establecimiento de salud para una consulta o tratamiento, y se marcha del establecimiento después de la consulta sin quedar ingresado como paciente. “Ambulatorio” en la estructura del SCS tiene un significado más amplio que en muchos sistemas nacionales de información, porque este término se refiere a cualquier atención que se ofrece a un paciente ambulatorio con independencia de dónde se produzca: el servicio ambulatorio se puede prestar en la consulta externa de los hospitales (incluyendo unidades de emergencias o accidentes), centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, centros ambulatorios y consultas privadas, o consultorios en centros de trabajo, colegios, cárceles o incluso en la calle (por ejemplo, vacunas, inyecciones, tomas de tensión y temperatura), pero no en el domicilio del paciente.

Los servicios de salud han evolucionado e incluyen un conjunto de servicios que se pueden clasificar como atención ambulatoria, como son los servicios de consulta y grupos de apoyo. Estos servicios no se deben clasificar como atención colectiva, sino individual, ya que se prestan de forma simultánea a determinadas personas, sin estancia nocturna. Como ocurre con el MdP, en la atención ambulatoria el paciente demanda un servicio en un entorno médico, con independencia de la complejidad, ubicación y tipo de establecimiento. La clave es la ubicación del proveedor más que la del paciente, razón por la cual los contactos no presenciales, como los

que se establecen por correo electrónico o teléfono, desde el establecimiento del profesional de salud, se consideren atención ambulatoria y no domiciliaria.

- *Incluye:* todas las consultas clínicas: consultas derivadas, servicios de observación y visitas a emergencias.
- *Excluye:* la compra directa de productos farmacéuticos, bienes médicos y servicios auxiliares; servicios consumidos en el hogar o en las instalaciones de asistencia de día.
- *Ejemplos:* Cualquier contacto de un paciente ambulatorio que posteriormente sea ingresado en un hospital debe ser modificado y registrado como paciente internado. Esto incluye visitas a emergencias, que se registran como ambulatorias, pero cuando el paciente queda ingresado en el hospital hay que registrarla como atención con internamiento¹⁴. Los servicios prestados en la calle también se consideran atención ambulatoria. Sin embargo si una persona es atendida en la calle por un profesional paramédico y después de estabilizada, se traslada a un hospital en ambulancia, el gasto se debe contabilizar como “transporte de pacientes y rescate de emergencia” (HC.4.3). Las consultas por teléfono, radio o internet, pudieran ser consideradas atención domiciliaria; sin embargo el criterio es el lugar donde se presta el servicio, es decir, el establecimiento de salud, y por tanto se debe clasificar como atención ambulatoria¹⁵.

Atención domiciliaria*

La atención domiciliaria comprende los servicios médicos, auxiliares y de enfermería consumidos por los pacientes en su domicilio con presencia física del proveedor. Se incluyen los servicios domiciliarios de obstetricia, diálisis y toda la atención de salud consumida en el entorno del hogar con independencia del que preste el servicio, que puede ser un familiar, un profesional de la salud o un asistente social. Este tipo de atención se registra como atención domiciliaria con independencia de la duración del servicio. Incluye los servicios de salud consumidos en el hogar y en otras residencias individuales o colectivas (aparte de los hogares de ancianos), en los que la persona reside de forma permanente.

El consumo de servicios de salud en cualquier establecimiento de salud (con independencia de su tamaño) localizados dentro de una residencia, como pueda ser un centro médico en una residencia para ancianos o para personas con discapacidades, o en un colegio o establecimiento penitenciario, se debe clasificar de acuerdo a los criterios anteriormente mencionados: es decir, si queda ingresado

¹⁴ Normalmente hay diferentes tipos de registros separados por contacto para recibir atención. Cuando al paciente se le da de alta del servicio de emergencias, se registra como visita ambulatoria (incluyendo los servicios de emergencia, si es que se ha acudido a dicha unidad); cuando al paciente se le traslada a un hospital en el mismo establecimiento, o a un hospital diferente, el servicio se registra como atención con internamiento. Después de la admisión formal de este paciente habrá dos registros: ambulatorio y con internamiento. Cuando no se pueda separar el gasto por ambos conceptos, el gasto total se debe contabilizar como atención con internamiento.

¹⁵ Puede darse el caso de que debido al creciente número de encuentros no presenciales se tenga que establecer un nuevo MdP en el futuro.

* Nota del traductor: en inglés existe una diferencia entre home y at home. Aquí se refiere como domicilio al lugar donde vive el beneficiario del sistema de salud, que puede ser su hogar o una residencia, por ejemplo para ancianos o para dependientes.

para pasar la noche, se considera atención con internamiento, en caso contrario será una visita ambulatoria.

Categorías funcionales más detalladas

Cada país puede elegir un determinado nivel de agregación en los informes para poder realizar los análisis, dependiendo de los datos y recursos disponibles. Un mayor detalle en la categoría no implica necesariamente un informe más detallado, sino una mayor claridad en el contenido de los agregados. Como ocurre con otras clasificaciones, cuanto más detalladas sean las desagregaciones, menos dudas a la hora de clasificar y comparar los resultados. Se pueden obtener mayores ventajas al desglosar las categorías HC, para que sean más compatibles con otras clasificaciones. La división entre servicios de salud generales y especializados de atención con internamiento y ambulatoria debe ser compatible con la que se establece en la COFOG (UN, 1999), en la medida de lo posible. En este marco, los servicios generales y especializados están relacionados con las características tecnológicas del proveedor. Los servicios especializados los prestan proveedores dedicados a un tipo específico de pacientes o necesidades, como los establecimientos de salud mental, tanto para pacientes internados como ambulatorios, o un hospital de ginecología y obstetricia, en los que puede ser necesaria una tecnología más compleja que en una simple maternidad.

La categoría de atención curativa se desglosa en servicios generales y especializados. Una separación de los tipos de tratamiento en básicos y más complejos puede ser útil para evaluar la eficiencia y efectividad, cruzando la clasificación de proveedores y funciones. En el capítulo 15 se introducen algunos comentarios, para los países que requieren esta separación. En el caso de atención ambulatoria, se añade la categoría de atención odontológica, por su importancia específica. Los servicios odontológicos que se prestan en el hospital o en un hospital de día no representan un componente importante, por lo que se incluyen en servicios especializados. No se propone un desglose de 3 dígitos para servicios de rehabilitación o atención de larga duración (salud).

Bienes y servicios de salud no especificados por función

La atención en salud se puede complementar con otros bienes y servicios, como los de laboratorio diagnóstico e imagenología, así como los productos farmacéuticos. Dichos servicios se pueden clasificar como atención preventiva, curativa, de rehabilitación o atención de larga duración, debido a que el propósito para el cual se indicó el servicio, se desconoce. En la atención con internamiento (y hospitalización de día) dichos bienes y servicios normalmente forman parte integral del paquete de servicios. Sin embargo, se pueden consumir de forma directa o como resultado de un contacto ambulatorio, así como de forma independiente, es decir, por iniciativa propia o autoterapia¹⁶. En este último caso no hay ningún registro que vincule el tratamiento con otras partes del sistema de salud, sino solo una transacción vinculada a una venta al detalle.

¹⁶ El consumo directo también puede ser una atención hospitalaria u hospitalización de día, como es el caso de una consulta para una segunda opinión (véase gráfico 5.4).

Este consumo directo se agrupa en dos categorías: servicios auxiliares¹⁷ (HC.4) y bienes médicos (HC.5). Los “servicios auxiliares” se desglosan en un segundo nivel, en servicios de laboratorio, servicios de imagenología y transporte del paciente y rescate de emergencia. Los “bienes médicos” se dividen en productos farmacéuticos y otros bienes médicos perecederos, dispositivos terapéuticos y otros bienes médicos no perecederos. Los productos farmacéuticos se subdividen a su vez en recetados o de venta libre, con una subcategoría para otros productos perecederos, mientras que los dispositivos médicos se separan en cuatro categorías.

Partidas debajo de la línea (o partidas pro-memoria)

Los bienes y servicios con un objetivo de salud se pueden contabilizar utilizando diferentes métodos. La clasificación HC se basa en la historia natural de la enfermedad y en enfoque del modo de provisión. Sin embargo, a la hora de tomar decisiones, se pueden considerar otros métodos, (por ejemplo el tipo de atención: moderna o tradicional; o el tipo de componente: examen físico, procedimientos realizados, análisis de laboratorio). Además, los componentes de intervención y programas importantes pueden quedar fuera del límite de lo que se considera salud y requerir actividades no relacionadas con la salud (por ejemplo los servicios de rehabilitación y atención a largo plazo, incluyen servicios tanto sociales como de salud). Por tanto, los componentes del gasto en salud y los que quedan fuera de dicho límite, se incluyen en dos categorías diferentes debajo de la línea (o pro-memoria), denominadas *partidas de notificación*, y *partidas relacionadas con la salud*.

Partidas de notificación

Las categorías de la clasificación funcional reflejan lo que se considera más importante desde el punto de vista de la política de salud. En cumplimiento de las normas de clasificación, las categorías se han diseñado para que sean exhaustivas y mutuamente excluyentes. Sin embargo, algunos componentes que entran dentro de los límites de lo que se considera salud, pero que no se han separado en una categoría independiente, pueden tener gran importancia desde el punto de vista analítico. Es el caso, por ejemplo, del consumo farmacéutico, un componente clave en salud, en el que tan sólo la compra directa del consumidor se notifica como categoría independiente: HC.5.1. El consumo farmacéutico total también es de utilidad para los encargados de tomar decisiones, por lo que se propone una partida de notificación que incluya todo el gasto farmacéutico. Otro componente seleccionado es el de Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa (MTCA). La MTCA forma parte del sistema de salud y es difícil de aislar, pero es un componente que está en expansión. La información relativa a la MTCA es necesaria para tomar decisiones sobre la normativa de del sistema de salud, para ampliar la cobertura y para establecer supervisión por tipo de servicio.

¹⁷ SHA 1.0 y SHA 2011, los servicios auxiliares tienen la misma connotación, son servicios complementarios de salud. Sin embargo, en el SCN los servicios auxiliares son los servicios básicos y periódicos que apoyan las actividades de producción requeridos por todas las empresas. Cuando se prestan de forma domiciliaria, se denominan actividades auxiliares. Por ejemplo el servicio de limpieza, el pago de las nóminas o el servicio de información, la infraestructura de tecnología de la empresa, etc.

Tabla 5.1. **Clasificación de las funciones de salud**

Código	Descripción	Códigos SHA 1.0
HC.1	Atención curativa	HC.1
HC.1.1	Atención curativa con internamiento	HC.1.1
HC.1.1.1	Atención curativa general con internamiento	
HC.1.1.2	Atención curativa especializada con internamiento	
HC.1.2	Atención curativa en hospital de día	HC.1.2
HC.1.2.1	Atención curativa general de día	
HC.1.2.2	Atención curativa especializada de día	
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	HC.1.3
HC.1.3.1	Atención curativa general ambulatoria	HC.1.3.1
HC.1.3.2	Atención curativa ambulatoria odontológica	HC.1.3.2
HC.1.3.3	Atención curativa especializada ambulatoria	HC.1.3.3
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria	HC.1.4
HC.2	Atención de rehabilitación	HC.2
HC.2.1	Atención de rehabilitación con internamiento	HC2.1
HC.2.2	Atención de rehabilitación de día	HC2.2
HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria	HC2.3
HC.2.4	Atención de rehabilitación domiciliaria	HC2.4
HC.3	Servicios de atención de larga duración (Salud)	HC.3
HC.3.1	Atención de larga duración (salud) con internamiento	HC.3.1
HC.3.2	Atención de larga duración (salud) de día	HC.3.2
HC.3.3	Atención ambulatoria de larga duración (salud)	parte de HC.3
HC.3.4	Atención domiciliaria de larga duración (salud)	HC.3.3
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)	HC.4
HC.4.1	Servicios de laboratorio	HC.4.1
HC.4.2	Servicios de imagenología diagnóstica	HC.4.2
HC.4.3	Transporte de pacientes	HC.4.3
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función)	HC.5
HC.5.1	Fármacos y otros bienes perecederos	HC.5.1
HC.5.1.1	Medicamentos con receta	HC.5.1.1
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre	HC.5.1.2
HC.5.1.3	Otros bienes médicos perecederos	HC.5.1.3
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos	HC.5.2
HC.5.2.1	Lentes y otros productos para la visión	HC.5.2.1
HC.5.2.2	Audífonos	HC.5.2.3
HC.5.2.3	Otros dispositivos y prótesis ortopédicas (excluye las lentes y los dispositivos auditivos)	HC.5.2.2
HC.5.2.4	Todos los demás bienes médicos no perecederos incluidos los dispositivos técnicos	HC.5.2.4- HC.5.2.9
HC.6	Atención preventiva	HC.6, parte of HC.R.4, HC.R.5
HC.6.1	Programas de información, educación y consulta	Parte de HC.6.9, parte de HCR 4, HC.R.5
HC.6.2	Programas de inmunización	Parte de HC.6.3
HC.6.3	Programas de detección temprana de la enfermedad	Parte de HC.6.3, HC.6.4

Tabla 5.1. **Clasificación de las funciones de salud (cont.)**

HC.6.4	Programas de monitoreo de condiciones sanas	Parte de HC.6.1, HC.6.2, HC.6.5
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	HC.6, parte de HC. 4, HC. 5
HC.6.6	Programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia	Parte de HC.6
HC.7	Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	HC.7
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud	HC.7.1
HC.7.2	Administración del financiamiento a la salud	HC.7.2
HC.9	Otros servicios de salud no especificados (n.e.p)	
Partidas debajo de la línea		
Partidas de notificación		
HC.RI.1	Gasto farmacéutico total (GFT)	
	Del cual consumo farmacéutico paciente hospitalario	
HC.RI.2	Medicinas Tradicional, Complementaria y Alternativa	HC.1-HC.6.1
HC.RI.2.1	Atención de MTCA con internamiento	HC.1.1
HC.RI.2.2	Atención MTCA ambulatoria y domiciliaria	
HC.RI.2.3	Bienes MTCA	
HC.RI.3	Servicios de prevención y salud pública (de acuerdo con SHA 1.0)	HC.6
HC.RI.3.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consejería (según SCS 1.0)	HC.6.1
HC.RI.3.2	Servicios de salud escolar	HC.6.2
HC.RI.3.3	Prevención de enfermedades transmisibles	HC.6.3
HC.RI.3.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	HC.6.4
HC.RI.3.5	Medicina ocupacional	HC.6.5
HC.RI.3.6	Todos los demás servicios preventivos de salud	HC.6.9
Categorías relacionadas con la salud		
	Atención de larga duración (social)	
HCR 1	Atención de larga duración (social)	
HCR.1.1	Atención de larga duración en especie	Parte de HCR.6
HCR.1.2	Atención de larga duración con prestaciones en efectivo	Parte de HC.R.7
HCR.2	Promoción de la salud con un enfoque multisectorial	HC.6, HC.R.4, HC.R.5

Fuente: IHAT para SHA 2011

Partidas relacionadas con la salud

La clasificación funcional se centra en agrupar los bienes y servicios de salud consumidos con un propósito de salud específico. Pero hay otros bienes y servicios que se pueden consumir con un objetivo no de salud, como por ejemplo cuando se conectan con un servicio de asistencia social, o para lograr un determinado estado de bienestar, que es el caso de los servicios médicos con fines cosméticos o el apoyo social que forma parte de un servicio de atención de larga duración (ALD). Es posible que este gasto sea muy importante a efectos de las políticas de salud. Este es el caso del gasto en servicios sociales y transferencias en efectivo que se ofrecen como parte de la atención de larga duración y en los programas de control y apoyo del VIH/SIDA. Conocer estas informaciones es vital en términos de la asignación de

los recursos. La clasificación por tanto propone algunas categorías adicionales que permiten conocer indicadores importantes para sumar los componentes de salud y no de salud.

Se podrían incluir categorías adicionales, en caso de que lo requirieran las necesidades políticas específicas de cada país. Se podrían registrar, por ejemplo, las actividades de salud de carácter puramente cosmético, ya que estos servicios los prestan profesionales de salud en un entorno en el que se emplean técnicas y conocimientos de salud, pero que sin embargo no cumplen el criterio de objetivo principal de salud. Sin embargo, en muchos países, la provisión y consumo de servicios cosméticos de salud es un gran negocio.

En las notas de este capítulo se incluyen descripciones y definiciones detalladas tanto de las partidas de notificación como las correspondientes a las categorías relacionadas con la salud.

Notas explicativas a la clasificación ICHA-HC de funciones de salud

HC.1 Atención curativa¹⁸

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

Un contacto con un servicio de atención curativa es un contacto de una sola persona con el sistema de salud que puede desencadenar una serie de componentes como por ejemplo, establecer un diagnóstico, formular una prescripción y un plan terapéutico, evaluar y supervisar la evolución clínica, complementar el proceso mediante pruebas de imagenología, laboratorio y funcionales, tanto para apoyar el diagnóstico como para evaluar la evolución de la condición. El contacto también puede incluir varios medios terapéuticos como bienes médicos y farmacéuticos (por ejemplo, ortesis, lentes graduados y prótesis, como dientes o extremidades artificiales), así como procedimientos terapéuticos que requieren un seguimiento adicional. Los procesos administrativos como la actualización y cumplimentación del historial del paciente también forman parte del servicio.

¹⁸ Las categorías de salud se refieren al consumo final e incluyen todos los componentes del costo, por ejemplo, la medicina electrónica se tendría que incluir en los recursos contabilizados. La medicina electrónica es el uso de datos digitales transmitidos, guardados o recuperados electrónicamente con un objetivo de salud, tanto en un establecimiento fijo como a distancia. Los servicios de apoyo a esta atención requieren la aplicación de medios de información para llevar a cabo las labores de gestión, para las hospitalizaciones de día, la atención ambulatoria, domiciliaria, para la venta de bienes médicos, campañas de inmunización, para el control y evaluación de pacientes, información clínica, labores de vigilancia y epidemiología, conocimientos e información, educación sobre salud, comercio internacional, el análisis y difusión de la información médica. Incluye varios servicios como la tele-radiología, la transmisión de las imágenes radiográficas de un lugar a otro para que las interprete un radiólogo. Se utiliza sobre todo en las unidades de urgencias, las UCI para poder conocer una opinión después de la operación, por la noche o los fines de semana. En tales casos las imágenes se envían a zonas con otros husos horarios (España, Australia, India) que las recibe un radiólogo en su horario de trabajo. La tele-radiología también se puede utilizar para consultar a un experto o a un sub-especialista.

- Incluye: Todos los componentes de la atención curativa o tratamiento de la enfermedad; tratamiento quirúrgico; procedimientos diagnósticos o terapéuticos; y servicios de obstetricia.
- Ejemplos: Los contactos para el tratamiento y control de enfermedades crónicas incurables se deben registrar como atención curativa cuando es posible lograr una recuperación parcial, independientemente del estado de salud inicial del paciente (incluidos los pacientes con dependencia total o parcial). Cuando se piensa que va a empeorar el estado de salud de las personas dependientes y van a aumentar sus necesidades de dependencia, estos casos se incluyen dentro de la atención de larga duración (salud): HC.3.

Atención curativa por modo de provisión

El segundo nivel de la clasificación se refiere a las categorías de atención con internamiento, hospitalización de día, ambulatoria y asistencia curativa domiciliaria (véase descripción de los modos de provisión más arriba). En cualquiera de los casos, el objetivo principal de la atención curativa sigue siendo el mismo. Tan solo cambia la tecnología y lugar donde se presta el servicio: en el caso de que el paciente tenga que pasar la noche en un establecimiento de salud, el modo de producción será con internamiento, o domiciliario, si los servicios se consumen en el lugar de residencia del paciente. Cuando un paciente queda ingresado para un tratamiento o un intervención programada, que requieran cambios organizativos específicos, pero que no tenga que quedarse a pasar la noche se considera una hospitalización de día¹⁹, de lo contrario se considera un contacto ambulatorio.

- HC.1.1 Atención curativa con internamiento
- HC.1.2 Atención curativa de día
- HC.1.3 Atención curativa ambulatoria
- HC.1.4 Atención curativa domiciliaria

Atención general y especializada

Dado que las categorías de asistencia curativa pueden representar más de una tercera parte del gasto en salud, sería conveniente un desglose adicional. La asistencia curativa se puede desglosar e incluir un nivel de tres dígitos en atención general y especializada en cada modo de provisión. Los razones son:

- a) Las necesidades de salud más frecuentes se pueden solucionar con servicios menos complejos (atención básica o general), pero hay un conjunto de necesidades que requieren un mayor nivel de complejidad tecnológica (atención especializada),
- b) El sistema de salud por lo general actúa en función de las necesidades, con una amplia disponibilidad de servicios básicos o generales, de bajo costo, que se pueden utilizar de forma diversa (tanto en áreas de población muy concentrada o diseminada). Cuando las necesidades de salud son más complejas, la disponibilidad de los servicios se reduce, ya que se requiere una tecnología más

¹⁹ Véase comentario anterior sobre las estancias nocturnas de enfermos mentales que se registran como también como una hospitalización de día.

compleja para satisfacerlas. El costo también es superior y la mayor parte de las veces se accede a través de un sistema de referencias;

- c) Puede existir un vacío entre las necesidades de salud y la disponibilidad de servicios y recursos. Por ejemplo, algunos países carecen de los equipos de alta tecnología para tratar el cáncer o los fallos renales, por lo que solo se consume la atención básica con independencia de las necesidades de atención,
- d) El desglose depende de la tecnología y los recursos disponibles en todo el país. Los niveles de tecnología pueden ser distintos en cada país, pero los servicios de atención especializada siempre suponen un nivel más alto de complejidad que los clasificados como básicos o generales.

Atención general. La atención general suele ser la puerta de acceso al sistema de salud, antes de referir al paciente a un especialista, al descubrirse una condición de salud más compleja. La atención general incluye varios componentes de contacto, como los exámenes, evaluaciones médicas, receta de medicamentos, consejerías de rutina a los pacientes, regímenes dietéticos, inyecciones y vacunas (salvo que se realicen en campañas de prevención). Por ejemplo, los servicios básicos de maternidad y el diagnóstico y seguimiento de la salud reproductiva en casos sin complicaciones, pueden formar parte de una consulta médica inicial o ser parte del seguimiento a un paciente internado o ambulatorio.

En realidad, se puede establecer un contacto inicial con un especialista desde el principio. En este caso, los servicios de diagnóstico y evaluación se clasifican como del tipo general. Lo ideal sería que existieran registros adecuados para clasificar estos servicios básicos como tales, con independencia del nivel de especialización del proveedor. La atención general excluye la atención curativa que requiere un nivel más alto de especialización.

Servicios especializados. Son los servicios de atención curativa con un nivel tecnológico superior, que consume un grupo seleccionado de pacientes que tienen necesidades de atención más complejas y que son menos frecuentes. Estos servicios están vinculados a un grupo de enfermedades más complicadas, pero menos frecuentes, que requieren servicios de alta tecnología, con diagnósticos y tratamientos más complejos. Son servicios que prestan proveedores dedicados a una enfermedad concreta, o a una determinada categoría de pacientes. Hay cuatro campos médicos básicos, que son medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía y pediatría. Los servicios especializados usualmente son desagregaciones de estos campos, como por ejemplo, neurocirugía (cirugía), alergología (medicina interna), alergología pediátrica (pediatría), medicina reproductiva y genética (GINECOLOGÍA Y obstetricia), etc.

La atención general con internamiento (HC.1.1.1) cubre cuatro tipos de servicios: cirugía general, medicina general interna, pediatría general y ginecología y obstetricia general. A los pacientes se les somete a un tratamiento protocolizado, como por ejemplo casos de maternidad sin complicaciones, apendicitis, hernias, diarreas y deshidratación en niños, diabetes sin complicaciones, etc.

Los servicios generales ambulatorios (HC.1.3.1) tratan casos más frecuentes y sin complicaciones de todos los campos médicos, como el monitoreo de casos

no complicados de enfermedades pediátricas comunes transmisibles y no transmisibles, así como el seguimiento de enfermedades crónicas en adultos.

En lo que se refiere a la atención odontológica, los servicios curativos se centran en la salud bucal, que incluye dientes, encías y trastornos relacionados. Incluye una extensa gama de servicios que se realizan en un entorno ambulatorio, como la extracción de piezas dentales, la colocación de prótesis dentales, implantes y ortodoncia. La gran mayoría de la atención odontológica es ambulatoria y por tanto se incluye en una categoría de tres dígitos bajo el modo de atención ambulatorio (HC.1.3.2). La cirugía dental que se practica a pacientes internados se incluye en atención especializada con internamiento (HC.1.1.2).

También se puede establecer un nivel de cuatro dígitos para incluir el tipo de especialidad o componente, que refleje los procedimientos, productos farmacéuticos y consumo de servicios auxiliares en un servicio curativo con internamiento.

HC 2 Atención de rehabilitación

La rehabilitación es una estrategia integradora, cuyo objetivo es empoderar a las personas con determinadas condiciones de salud que puedan provocar una discapacidad, a fin de que sean capaces de lograr y mantener un funcionamiento óptimo, una buena calidad de vida y se integren en su comunidad y la sociedad en general.

Los servicios curativos se enfocan principalmente en la condición de salud y los de rehabilitación, en el funcionamiento asociado a esa condición de salud. **Los servicios de rehabilitación estabilizan, mejoran o restauran las estructuras y funciones corporales afectadas, compensan la ausencia o pérdida de funciones y estructuras corporales, mejoran la actividad y la participación y previenen discapacidades, complicaciones médicas y riesgos.** La funcionalidad y la discapacidad se consideran un proceso continuo por el que cualquier persona pasa en algún momento de su vida²⁰. La funcionalidad es una relación dinámica entre estado de salud, factores ambientales y factores personales. Los servicios de rehabilitación se prestan en hospitales y centros de rehabilitación, abarcando sectores de salud, educación, laborales y sociales. Según se especifica en el capítulo 4, existen también unos criterios para fijar unos límites para lo que se considera atención de rehabilitación. Por tanto, solo se pueden incluir aquellos componentes de la rehabilitación cuyo propósito principal sea conseguir un buen estado funcional. A efectos comparativos se tienen que identificar y excluir actividades cuyos objetivos sean laborales y sociales.

Los servicios de rehabilitación los consumen personas con dificultades funcionales, asociadas a una amplia variedad de condiciones de salud (enfermedad, trastorno y lesión) que pueden ser agudas o crónicas, congénitas o adquiridas, y afectan a personas con discapacidades²¹ de todas las edades, que se consumen de forma independiente o asociados a servicios de atención especializada (por ejemplo,

²⁰ Según define la Confederación Mundial de Terapias Físicas. <http://www.wcpt.org/node/27545>

²¹ Las discapacidades no son un estado permanente. Por ejemplo, las secuelas que deja un infarto se pueden recuperar después de un proceso de rehabilitación.

trasplantes de cadera, corazón, tratamientos oculares especializados, o tratamiento de la depresión crónica). Los servicios de rehabilitación se utilizan después de una evaluación del estado funcional y de un diagnóstico, para determinar los objetivos y planificar la rehabilitación. A continuación se realizan las intervenciones acordadas (biomédicas, tecnológica y de apoyo) para optimizar la capacidad funcional de la persona. Los planes de rehabilitación se adaptan a las necesidades y recursos de cada persona. El control de los resultados de las intervenciones específicas puede servir para determinar las mejoras en la intervención, optimizar el estado funcional y reducir al mínimo la discapacidad.

La gama de servicios de rehabilitación es amplia e incluye: servicios psicológicos, tecnológicos, ambientales, cardiopulmonares, geriátricos, neurológicos, ortopédicos y pediátricos, entre otros. Dado que la rehabilitación interviene en todas las áreas de la funcionalidad de una persona, puede que algunos de los servicios no entren dentro de los límites de lo que se considera salud, sobre todo en el terreno laboral, social y de ocio (véase cuadro 5.2). A efectos comparativos, se deben seleccionar una serie de componentes primarios de salud:

- *Incluye:* consumo de servicios con el objetivo de alcanzar, restaurar o mantener un estado físico óptimo (por ejemplo, completando la estructura corporal con una prótesis), sensorial (por ejemplo, recuperando la capacidad auditiva con una prótesis), intelectual (por ejemplo, para recuperar la capacidad de memoria después de un infarto cerebral), psicológico (por ejemplo, para reducir la depresión y el estrés al enseñar a utilizar una prótesis); consecuencias de la discapacidad, enfermedad o lesión.
- *Excluye:* servicios de rehabilitación cuyo principal objetivo sea social, de ocio o laboral. Algunos ejemplos en el terreno de lo social son los servicios cuyo objetivo principal sea recuperar capacidades creativas, culturales o educativas, así como de formación profesional, educación y empleo.
- *Ejemplos:* Los servicios de rehabilitación y curativos se pueden solapar. Por ejemplo, cuando una persona sufre un infarto cerebral, un tratamiento de rehabilitación se acompaña con un proceso de terapia del habla y fisioterapia. Ambas funciones se pueden realizar de forma paralela. También pueden solaparse los servicios de rehabilitación y de asistencia de larga duración: la rehabilitación consumida de forma continuada o recurrente tiene como finalidad la recuperación, mientras que la asistencia de larga duración tiene como finalidad el mantenimiento.

Rehabilitación por modo de provisión

Los servicios de rehabilitación se pueden dividir según el modo de provisión en: atención con internamiento, hospitalización de día, ambulatorio y domiciliario. Estos cuatro modos se pueden dividir en varios tipos de rehabilitación especializada identificados en el límite de la salud:

- HC.2.1 Atención de rehabilitación con internamiento
- HC.2.2 Atención de rehabilitación de día
- HC.2.3 Atención de rehabilitación ambulatoria
- HC.2.4 Atención de rehabilitación domiciliaria

Hay que tener en cuenta que aunque los servicios de atención curativa, preventiva y de rehabilitación son diferentes en sus objetivos y características, en términos estadísticos de salud (por ejemplo, registros hospitalarios) puede ser difícil separar los tres componentes. En dichos casos, se ha utilizado un solo agregado de atención curativa-rehabilitación, tanto a efectos de notificación como para recoger los datos. También se pueden utilizar procedimientos de prorrateo y registros alternativos, que se deben indicar de forma clara en la información metodológica.

HC.3 Servicios de atención de larga duración (salud)

Los servicios de atención de larga duración (salud) **comprenden una variedad de servicios de atención médicos e individuales consumidos con el objetivo principal de tratar el dolor y el sufrimiento, y reducir o controlar el deterioro producido por la enfermedad en pacientes con un cierto grado de dependencia de larga duración**²².

Hasta la fecha, solo se ha calculado el gasto en servicios de atención de larga duración en los países con mayores ingresos, por el hecho de que en la mayor parte de los países con ingresos medios y bajos (PIMB) los servicios de atención de larga duración se prestan de manera informal: normalmente consumidos en el hogar, prestados por familiares y sin ninguna transacción o registro²³. Sin embargo, en casi todos los países están apareciendo nuevas necesidades²⁴, asociadas a la mayor esperanza de vida, la transición epidemiológica y un aumento en la participación del sector de la salud para cubrir las necesidades de servicios de larga duración debido a los cambios económicos y sociales.

²² Más que una clasificación estricta basada en el objetivo de los bienes y servicios, los servicios de atención de larga duración tienen que tener en cuenta las características del paciente y el nivel de dependencia (en función de su gravedad). La etiqueta de la categoría también lo refleja, ya que se utiliza “atención de larga duración (salud)” en vez de “salud de larga duración” para distinguir los servicios a beneficiarios que sufren determinadas enfermedades y falta de dependencia de los que requieren tratamiento a lo largo de un período de tiempo prolongado, debido a enfermedades respiratorias crónicas sin afectar su grado de dependencia, como por ejemplo el asma, o la mayor parte de los casos de diabetes, etc. Sin embargo, si la enfermedad se complica, puede provocar una dependencia física. En Estados Unidos, se ha calculado que el 15% del costo de tratamiento de la diabetes corresponde a atención de enfermería por complicaciones renales, retina y mácula, neurológicas o de otro tipo (www.worlddiabetesday.org; www.idf.org).

²³ En 2010, se calculó que aproximadamente 35 millones de muertes al año se producen por enfermedades crónicas terminales, de las cuales menos del 8% tienen acceso a ALD (Connor, 2010).

²⁴ El envejecimiento aumenta las necesidades de servicios de atención de larga duración. Normalmente en torno al 50% de la población de más de 65 años requieren algún tipo de servicio de atención de larga duración (Bulletin Luxembourgeois des Questions Sociales, 2005).

Cuadro 5.2 Ejemplos de servicios de rehabilitación

Los servicios de **terapia ocupacional** mejoran las capacidades de las personas tanto en el área personal como en su relación con el entorno. Los servicios se pueden dirigir a la persona o al entorno para mejorar las actividades (por ejemplo, las actividades de la vida diaria), así como la participación (por ejemplo, recuperando las capacidades de expresión verbal). La ergoterapia se centra en la persona, pero también participan la familia, los cuidadores y toda la comunidad en su conjunto. Los servicios de terapia ocupacional comprenden, entre otros:

- El uso terapéutico de ocupaciones con un objetivo (ocupación entendida como una actividad a la que una persona dedica un tiempo determinado),
- Adaptación del entorno y de los procesos para mejorar la funcionalidad y la participación,
- Programas con tareas y actividades adaptadas al estado funcional de la persona para que puedan realizar las actividades de la vida diaria (incluido el auto cuidado),
- Diseño, fabricación, aplicación, adaptación y formación sobre el uso de la tecnología de asistencia, dispositivos protésicos y ortóticos.

La *fisioterapia* comprende servicios para “desarrollar y mantener el máximo potencial de movimiento y capacidad funcional a lo largo de la vida de la persona” (WCPT, 2007). Incluye servicios para restaurar la integridad de los sistemas corporales esenciales para el movimiento, aumentar y recuperar la funcionalidad, reducir al mínimo la incapacidad y mejorar la calidad de vida de grupos de personas, las limitaciones funcionales, discapacidades en relación con la esfera física, psicológica, emocional y bienestar social. Interviene en aquellas circunstancias en las que el movimiento y función se han visto afectados por factores congénitos, la edad, lesiones, enfermedades o determinados factores ambientales. Entre los servicios cabe citar:

- Técnicas de terapia manual, electroterapia, agentes físicos y modalidades mecánicas (WCPT, 2007)
- Aplicación, y fabricación de dispositivos y equipos cuando corresponda
- Técnicas de protección y reparación cutánea, técnicas de recuperación de la respiración (por ejemplo en enfermedades respiratorias) y ejercicios terapéuticos

La *medicina física y de rehabilitación* (MFR) comprende servicios para diagnosticar la enfermedad, evaluar la funcionalidad y recetar intervenciones biomédicas e intervenciones tecnológicas que tratan la enfermedad y optimizan la capacidad funcional. Entre los servicios incluidos, cabe citar, entre otros:

- Una gama de intervenciones biomédicas, psicológicas y sociales, por ejemplo, tratamiento con medicamentos, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, tratamiento de la disfagia, rehabilitación de enfermería, intervenciones neurofisiológicas, intervenciones psicológicas, terapia de la nutrición, aplicación de tecnología de asistencia, dispositivos ortóticos y protésicos, formación de pacientes y familias.

La rehabilitación psicológica y del comportamiento (RPC) es un conjunto de servicios para diagnosticar impedimentos en las funciones cognitivas y limitaciones funcionales de tipo psicosocial que afectan la vida y estado de bienestar de las personas y la manera a la que se enfrentan a sus enfermedades y discapacidades.

Cuadro 5.2 **Ejemplos de servicios de rehabilitación** (contd.)

Los servicios que prestan son:

- Psicoterapia individual, incluida la terapia cognitiva y neurocognitiva para mejorar la autopercepción de la enfermedad afectada por problemas psicológicos y de conducta, enseñando técnicas para superarlos y tener una mejor calidad de vida
- Estrategias de adaptación y psicoeducación, reducción de las emociones expresadas, control de la conducta y a las cuidadores, incluida la familia, servicios para mejorar la red de apoyo social.

La *rehabilitación con dispositivos protésicos y ortóticos* tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidades físicas que necesitan mejorar la movilidad o independencia, a través de prácticas asociadas a la prestación de atención protésica y ortótica, ingeniería de la rehabilitación y áreas relacionadas como la movilidad sobre ruedas (ISPO, 2005). Los dispositivos tecnológicos para complementar la función (órtesis) o sustituir la estructura (prótesis) del cuerpo humano, son componentes de estos servicios que incluyen entre otros:

- Formulación del tratamiento después de un examen, receta de dispositivos y rehabilitación correspondiente
- Fabricar y colocar el dispositivo con instrucciones de uso y cuidados del mismo
- Evaluación y seguimiento, incluidas las reparaciones de mantenimiento y sustitución del dispositivo

Las terapias del habla y lenguaje tienen como objetivo restaurar la capacidad de comunicarse y de tragar de forma segura y eficiente. Identifica los problemas de comunicación y la mejor forma de tratarlos. Entre los servicios incluidos, cabe citar:

- Tamizaje clínico e instrumental, evaluación, identificación, diagnóstico, tratamiento y manejo de las disfunciones relacionadas con el habla, la voz, lenguaje, fluidez, tragar, que afectan la capacidad de comunicación de la persona.

Selección de los sistemas y dispositivos alternativos de amplificación para personas con limitaciones en la capacidad para comunicarse verbalmente, así como los cursos de formación para utilizarlos.

A fin de planificar los servicios y formular las políticas, se requiere la notificación por separado de los componentes social y de salud, así como el total de los servicios de atención de larga duración (ALD)¹. Debido a la estrecha relación entre la atención de larga duración y los procesos de envejecimiento, el interés político en muchos países comprensiblemente se centra en los grupos de población de mayor edad. Por tanto, para fines de políticas es más importante diferenciar la atención de larga duración por grado de dependencia con una clasificación cruzada por edad. Por ejemplo, si las actividades de promoción de la salud para quienes envejecen son exitosas, la necesidad de servicios de atención de larga duración

¹ Un esfuerzo para recoger información sistemática y general en los países europeos, se presenta en Salvador-Carulla y Gasca (2009).

se puede demorar hasta edades más avanzadas. También puede ser importante la distribución de estrategias de pago vinculadas con la edad, con el fin de vincular los diferentes tipos de pagos públicos y privados, así como la mezcla público-privada en la provisión de los servicios (Huber y Rodríguez, 2008).

Desde el punto de vista de uso final, la atención de larga duración comprende un conjunto integrado de servicios y atención a los pacientes con un mayor grado de dependencia (también denominados impedimentos crónicos, limitación de la actividad y restricciones en la participación) de forma continua o repetida y a lo largo de un período de tiempo prolongado. Cuanto mayor sea la dependencia, más amplio será el conjunto de servicios incluidos en el conjunto. Puede darse seguimiento al continuum de la atención, desde los servicios médicos o de enfermería más intensivos, a los de ayuda personal de menor nivel de complejidad o los de asistencia social. Dicha atención se dirige a la población con dependencia por enfermedades crónicas o psiquiátricas recurrentes, como personas con discapacidades físicas, enfermedades mentales y adicciones.

La integralidad de la atención puede no requerir necesariamente toda la gama de servicios ofrecidos por el mismo proveedor. Por ejemplo, la atención puede consistir en una intervención de corta duración a lo largo de un largo período de tiempo, o el consumo repetido y crónico durante períodos extendidos. En algunos casos, la atención de larga duración supone cuidados generales en cualquiera de las fases de una enfermedad, o atención paliativa, en caso de enfermedades que amenazan la vida. También incluye la atención a enfermos terminales, que es la que se presta a los pacientes en los últimos meses de sus vidas. Incluso con enfermedades incurables, muchas personas pueden vivir con impedimentos funcionales durante muchos años y en muchos casos pueden incluso llevar una vida normal. Los pacientes con cáncer terminal que reciban cuidados paliativos pueden recibir tratamientos de radioterapia y quimioterapia para mantener la enfermedad bajo control. La atención paliativa se presta acompañada de tratamientos activos para conseguir una mayor comodidad y bienestar del paciente.

Cuando surge la necesidad de prestar un servicio de atención curativa, no relacionado con el grado de dependencia, se debe considerar atención curativa y no atención de larga duración. Sin embargo, en pacientes de salud frágil el estado agudo puede acabar en una enfermedad crónica y dado su grado de dependencia, las necesidades de larga duración serán más complejas.

Los componentes de la atención de larga duración son los siguientes (véase gráfico 5.3 más abajo):


- *La atención médica o de enfermería* incluye el tratamiento de los síntomas que requieren servicios de atención médica, paramédica y de enfermería para tratar el dolor y otros síntomas, administrar medicamentos, realizar diagnósticos médicos y procesos de cirugía menor, vendaje de heridas, consultas de salud de las familias y apoyo emocional y espiritual al paciente y sus familiares. Dichos servicios de atención incluyen a) una serie de servicios de prevención, sobre todo para evitar un mayor deterioro del estado frágil de salud del paciente, b) una serie de tratamientos de la enfermedad crónica, c) un gran número de servicios de rehabilitación para recuperar la funcionalidad, d) cuidados necesarios para

mantener la funcionalidad y reducir el deterioro: en pocas palabras, un alto nivel de calidad de vida con independencia del tipo de enfermedad que se sufra.

- *Los servicios de atención personal* se prestan cuando la persona no puede cuidarse a causa de una discapacidad o enfermedad. Dichos servicios ayudan en actividades de la vida diaria (AVD) como: comer, bañarse, lavarse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama, ir y salir del baño y control de esfínteres. La mayoría de los servicios de atención con internamiento, así como la hospitalización de día y la atención domiciliaria incluyen servicios de atención individual como parte del conjunto de servicios consumidos. Estos servicios los presta personal de enfermería, u otra persona bajo su supervisión y se incluyen dentro de los límites del gasto en salud porque son fundamentales para la supervivencia y mantenimiento del estado de salud del paciente. Además, la necesidad de servicios de atención individual en la mayoría de las ocasiones se prestan como consecuencia de alguna enfermedad.
- *Los servicios de asistencia* son los que se prestan a una persona para que pueda vivir de forma independiente en una casa o apartamento. Son servicios para ayudar en las tareas del hogar (es decir, actividades instrumentales de la vida diaria AIVD) como hacer la compra, lavandería, pasar la aspiradora, cocinar, limpieza de la casa, uso del teléfono, etc. Estos servicios normalmente se prestan en como ayuda domiciliaria, centros de asistencia para la vida, etc.
- *Otros servicios sociales*, como ayudas a actividades sociales o en el trabajo, que se prestan a las personas de forma continua o repetida, cuyo objetivo principal es el social y de ocio.

Un modelo funcional coherente, basado en el propósito del contacto del paciente con el sistema de salud, requeriría que la atención durante un período de tiempo prolongado o indefinido, con servicios de atención individual y de enfermería como componentes dominantes, es la base para que su inclusión dentro de los límites de salud. Por otra parte un contacto con el objetivo de poder realizar una vida independiente y relacionarse con su entorno, como en el caso de la ayuda domiciliaria o acogida asistida, no entraría en lo que es salud (véase atención de larga duración (social) HCR.1). El gráfico 5.3 describe el límite de las ALD.

Gráfico 5.3 **El límite de salud y social de la atención de larga duración (ALD)**

Límite		<i>Necesidades de atención de larga duración</i>			
		Atención médica o de enfermería	Servicios de asistencia a la persona (AVD)	Servicios de asistencia (AIVD)	Otros servicios de asistencia social
<i>Limitado</i>  <i>Ampliado</i>	HC.3				
	HC.R.1				
	Excluido				

En la práctica, lo que se observa es que los servicios de enfermería, social e individual se prestan juntos en un paquete integrado, sobre todo a los pacientes internados y a los hospitalizados de día. En la atención domiciliaria, se pueden prestar diferentes servicios juntos, o se pueden prestar y contabilizar de forma separada.

Límites de la atención de larga duración y problemas en las mediciones

La función de salud (objetivo de la atención) define el límite, con independencia del proveedor, que en el caso de la atención de larga duración puede ser un profesional de la salud, un trabajador social; o en la atención domiciliaria, un familiar. Su inclusión o no también debería ser independiente del esquema de financiamiento que cubre sus costos. Sin embargo, debido a las diferentes normas administrativas, de financiamiento y provisión, los límites nacionales de atención de larga duración no coinciden necesariamente con los límites definidos en el SHA. Dada la falta de registros directos por objetivos, es necesario tomar decisiones sobre cómo realizar las mediciones de forma estandarizada. A menos que se disponga de registros individuales, lo cual no es viable en la mayoría de los países, se debería crear de forma progresiva una fuente alternativa de datos para garantizar la notificación necesaria (véanse sugerencias sobre estrategias de notificación y prorrateo en el capítulo 14). Otros criterios para fijar los límites funcionales de la atención de larga duración dentro de la atención a la salud son:

- Los servicios de atención individualizada con frecuencia se pretan a personas que poseen ciertas condiciones de salud¹, después de un examen médico, o un informe de un profesional médico. Por tanto son notificados como servicios de salud;

¹ Existe una relación compleja entre discapacidad (ayuda con 1 o más AVD), fragilidad y comorbilidad, conceptos que se pueden considerar distintos pero interrelacionados. En un estudio de salud cardiovascular en 2001, se clasificó a un grupo de personas residentes en Estados Unidos como discapacitadas, de salud frágil o con comorbilidad. De los clasificados como salud frágil con discapacidades, el 79% no sufría comorbilidad. Véase Fried L.P. y col (2001).

Cuadro 5.3 **Evaluación de las necesidades de atención de larga duración**

Normalmente, se evalúa al paciente o beneficiario para determinar el grado de atención y el tipo de servicios de atención de larga duración que consume. En el sistema de salud, existen dos modelos para evaluar la relación “funcionalidad/discapacidad”: que son las “Actividades de la Vida Diaria (AVD)” (o modelo Katz/Barthel), y el modelo de “Funcionalidad” (ICF) desarrollado por la OMS. El modelo ICF se desarrolló para que sirviera de estructura general, basada en una visión del estado de salud o enfermedad como una interacción entre la función corporal y las estructuras, actividades y participación, que a su vez están condicionadas por factores sociales y ambientales. También se destaca la importancia de la participación (OMS 2001). Las disfunciones en las AVD y AIVD se consideran limitaciones de actividad en el modelo ICF.

Estos dos modelos no se han utilizado de forma complementaria al evaluar el grado de funcionalidad, sobre todo en la población de mayor edad, que es donde se ha aplicado más específicamente el modelo AVD. En el pasado, muchos documentos relativos a la dependencia funcional, producidos por expertos europeos, han utilizado el enfoque AVD, mientras que los países y agencias europeas han adoptado el modelo ICF tanto en la legislación más reciente como en sus políticas⁷⁶. El uso de la clasificación de la dependencia o funcionalidad personal es un medio en sí mismo para evaluar la necesidad de servicios, más que para formar parte de la clasificación HC. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el ICF es una clasificación oficial adoptada en un número de países cada vez mayor (Salvador-Carulla y Gasca, 2010).

- Cuando los servicios de asistencia social y otros servicios sociales están integrados en un paquete de atenciones que incluye servicios individuales de atención médica, para ser prestados a pacientes con alto grado de dependencia, se incluyen como parte del gasto en salud;
- Los servicios sociales de larga duración no se consideran, por sí mismos, como parte de la salud;
- Cuando las consecuencias de una enfermedad, con independencia de su duración y gravedad no están asociadas a la dependencia, como por ejemplo cuando se sufren dificultades de audición, no se incluyen en la categoría HC.3.
- Cuando existe la necesidad de un cuidado continuo para manejar la dependencia, por ejemplo en los servicios de asistencia a las personas con discapacidades físicas o mentales, entonces se incluye como parte de la atención de salud.

La duración de la atención con frecuencia conlleva un modo de financiamiento específico; es decir, una vez que la atención supera el período establecido, por ejemplo de seis meses. En algunos países, los pagos se pueden iniciar el primer día, aunque siempre bajo determinadas condiciones. Los registros de otros países pueden permitir medir el objetivo principal del proveedor – es decir, si el establecimiento es de carácter médico o social. En otros sistemas, la protección del seguro cubre solo parte de las ALD y a veces los familiares que se encargan de

² Un ejemplo es la Ley española de autonomía y personas con dependencia basada en el modelo ICF en teoría pero que usa el planteamiento ADL en la escala de valoración oficial.

los cuidados reciben transferencias compensatorias, que puede incluir cursos de formación.

En muchos casos, sobre todo en países con ingreso medio y bajo, la atención de larga duración la prestan los familiares en el hogar sin ningún tipo de remuneración, ni en especie ni en efectivo. El valor de los cuidadores no formales sin embargo no entra en el SHA ya que no existe transacción de un valor determinado.

En algunos países con ingreso alto se observa una tendencia a formalizar la atención, sobre todo la que se presta a los sectores más envejecidos de la población. Sin embargo, los registros y las estrategias de notificación son bastante limitados sobre todo en el consumo domiciliario de ALD. Aunque algunos programas conceden ayudas para la formación técnica de los cuidadores y los remuneran por su trabajo, puede que estos no sean específicos de la salud y se pueden registrar bajo la categoría de asistencia social.

Atención de larga duración (salud) por modo de provisión

La estructura del sistema de salud y el perfil epidemiológico de los beneficiarios pueden dar como resultado la organización de diferentes modos de provisión. La forma de tratar las necesidades de atención de larga duración evolucionan con el tiempo. En principio, cuanto mayor sea la dependencia, más especializados e intensivos son los servicios que se consumen.

HC.3.1 Atención con internamiento de larga duración (salud)

Esta categoría comprende servicios de atención de larga duración (salud) prestados en un establecimiento de salud (hospital, residencias con enfermería) donde los pacientes tienen que pasar la noche bajo vigilancia médica. El conjunto de servicios cubre la enfermería y el cuidado personal, junto con servicios de alojamiento y apoyo.

- **Incluye:** servicios de enfermería y de cuidado personal en caso de existir dependencia de grado moderado o grave, como atención a cuadraplégicos y terminales, en residencias de enfermería y otros establecimientos especializados de atención de larga duración. La atención de larga duración con internamiento a enfermos con discapacidades mentales y adicciones está incluida cuando la atención se debe a estados psiquiátricos recurrentes y limitaciones funcionales prolongadas, o necesitan ayuda o vigilancia. Incluye servicios de atención con internamiento de larga duración en secciones especializadas del hospital, u otros entornos hospitalarios. Los servicios de alojamiento se consideran parte de la salud de larga duración.
- **Excluye:** residentes en establecimientos donde no se prestan servicios de atención médica o de enfermería in situ. La atención a agudos en la atención de larga duración de pacientes se deben incluir en HC.1: Atención curativa.
- **Ejemplos:** La clave en esta categoría es el propósito de la atención. Por ejemplo, los servicios en un hospital psiquiátrico se clasifican como atención curativa con internamiento cuando la intención es tratar necesidades agudas mediante atención médica y de enfermería; mientras que la atención psiquiátrica de

larga duración se presta a pacientes con dependencia con pocas expectativas de recuperación que están ingresados, sobre todo para recibir cuidados de enfermería y visitas médicas periódicas.

HC.3.2 Servicios atención de día con atención de larga duración (salud)

Esta categoría comprende los servicios de atención de larga duración (salud), previamente planificados, ofrecidos en un establecimiento de salud pero sin una estancia nocturna. Los servicios se pueden prestar en un hospital o residencia asistida, o en un centro de día dedicado específicamente a prestar esos servicios.

En las estadísticas oficiales muchas veces no se recogen las hospitalizaciones de noche, que se notifican como hospitalizaciones de día. Es el caso de los ancianos con trastornos del sueño, pero con una conducta normal durante el día, que viven con su familia y se les lleva al establecimiento por la noche. Otro caso es el de las personas con salud mental inestable, que incluso ejercen una actividad profesional durante el día, pero que se quedan en un centro psiquiátrico por la noche. También el internamiento temporal, cuando los pacientes que tienen que recibir ayudas en AVD viven con la familia durante gran parte del año y son ingresados en un centro cuando la familia se va de vacaciones.

HC.3.3 Atención ambulatoria de larga duración (salud)

Incluye servicios de atención de larga duración (salud) cuyo objetivo es tratar enfermedades y las dificultades clínicas asociadas. Son servicios a pacientes con dependencia que poseen condiciones crónicas de salud, que requieren verificación periódica para comprobar las dosis de los medicamentos, la evolución de su estado de salud y asesorarles sobre cómo enfrentarse a los síntomas que van apareciendo con el avance de su enfermedad. Comprenden visitas periódicas ambulatorias, o servicios de monitorización a distancia de pacientes con necesidades de atención de larga duración.

La clasificación de los servicios en esta categoría puede presentar un reto, ya que las estadísticas de salud pueden tener dificultades para diferenciar los servicios de atención ambulatoria de los servicios domiciliarios. Serán necesarios unos registros más detallados para disponer de información. Si no existen estos datos, puede ser de utilidad realizar estimaciones basadas en las cifras sobre recursos humanos, tasas de utilización o costo unitario.

HC.3.4 Atención domiciliaria de larga duración (salud)

Comprende servicios de atención de larga duración (salud) prestados a las personas en su propio hogar, o en entornos residenciales, como las casas adaptadas que las personas puedan considerar como su hogar en vez de una “institución”. Estos establecimientos residenciales de carácter comunitario, con espacios adaptados, alojamiento y determinados servicios de protección y vigilancia de la salud, muchas veces para personas mayores con un alto grado de dependencia. Puede incluir atención especializada domiciliaria y servicios de ayuda informal (de la familia o comunidad). La atención de larga duración con servicios de asistencia de menor grado de especialización (como la ayuda domiciliaria) pueden incluirse

como parte del conjunto de atenciones domiciliarias. Si dichos servicios no se pueden separar y no son el componente dominante, se deben incluir en HC.3.4. Sin embargo, si son el componente dominante, el conjunto completo de servicios de atención se debe incluir en HCR.1: Atención de larga duración (social).

HC.4 Servicios auxiliares (no especificados por función)

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

Los servicios auxiliares frecuentemente forman parte integral de un conjunto de servicios cuyo propósito se relaciona con el diagnóstico y el seguimiento. Por tanto, los servicios auxiliares no son un objetivo en sí mismos: el objetivo del consumidor es curarse, prevenir la enfermedad, etc. El servicio auxiliar se registra de manera agregada, en la categoría de primer dígito que se refiere al propósito y de la atención, y en el segundo dígito, referido al modo de producción en el cual fue consumido. Los servicios auxiliares relativos al internamiento, hospital de día y ambulatorios normalmente no se identifican en categorías separadas.

Por tanto, sólo una parte del consumo total de los servicios auxiliares es explícita cuando se notifica su consumo en la categoría “función no especificada”. Es el caso en que el paciente lo consume directamente, sobre todo durante un contacto independiente con el sistema de salud.

El consumo independiente de servicios auxiliares puede estar asociado a una detección temprana de una enfermedad durante una campaña preventiva (HC.6), un control durante un tratamiento de una enfermedad o cura (HC.1), rehabilitación (HC.2) o atención de larga duración (HC.3). Estos servicios también están relacionados con un consumo sin un modo de provisión identificado. Por ejemplo, las pruebas de laboratorio y la interpretación de una imagen se pueden consumir por iniciativa del paciente. Una prueba médica se puede utilizar para conocer una segunda opinión en pacientes hospitalizados, ambulatorios o domiciliarios.

El contenido de los servicios auxiliares de diagnóstico y control se dividen en un nivel de dos dígitos en servicios de laboratorio (HC.4.1) y servicios de imágenes (HC.4.2). Incluye transporte del paciente y rescate de emergencia (HC.4.3)

HC.4.1 Servicios de laboratorio

Esta categoría incluye una serie de pruebas de muestras clínicas para conseguir información sobre el estado de salud de un paciente. Las pruebas de laboratorio forman parte íntegra del consumo de cualquier paciente y sirven de referencia para elegir el diagnóstico y el tratamiento.

Los servicios de laboratorio (HC.4.1) incluyen las áreas de:

- Anatomía patológica (por ejemplo, histopatología, citopatología);
- Microbiología clínica (por ejemplo, bacteriología, virología, inmunología y micología);

- Bioquímica clínica (por ejemplo, enzimología, toxicología y endocrinología);
- Hematología (por ejemplo, pruebas de coagulación sanguínea);
- Citología (por ejemplo, frotis cervico-vaginal, pruebas PAP);
- Genética (por ejemplo, citogenética).

Otras pruebas clínicas y funcionales que se centran en órganos específicos y requieren tecnología adicional para medir la actividad, en su mayoría conectadas a especialidades médicas: cardiovascular, por ejemplo para hacer diagnósticos electrocardiográficos; alergia: por ejemplo para las pruebas de alergia, sensibilidad alimentaria; audiolología, etc. Otros servicios diagnósticos incluyen pruebas como diagnósticos electrocardiográficos y pruebas de esfuerzo.

La creación de bancos de sangre, semen, embriones, tejidos y órganos para los trasplantes, incluido el almacenamiento y catalogación de las muestras disponibles, que relacionen la muestra donada con los posibles receptores, etc. se clasifican como parte de los servicios auxiliares, tanto si son áreas independientes como como si no lo son. Estos servicios normalmente no se prestan de forma independiente, sino que forman parte de un conjunto de servicios de salud, por lo que normalmente se consideran consumo intermedio de bienes y servicios. Por convención, en el SHA no se desglosa su valor: El consumo final incluye el valor de los componentes de consumo intermedio. Aquí se deben registrar solo si son de consumo directo.

HC.4.2 Imágenes diagnósticas

Esta categoría comprende una variedad de servicios que utilizan imágenes diagnósticas, como radiografías y radiación para el diagnóstico y vigilancia de pacientes. Incluye una serie de tecnologías de imágenes para diagnosticar y tratar enfermedades, tales como:

- Radiografías e imágenes de tejidos blandos y huesos,
- Radiografía de contraste y foto imagen
- Ultrasonido diagnóstico,
- Tomografía computarizada (TC)
- Tomografía asistida por ordenador (CAT),
- Medicina nuclear,
- Imágenes magnéticas nucleares;
- Medicina nuclear
- Tomografía por emisión de positrones (PET)
- Imágenes de resonancia magnética (IRM)
- Otros diagnósticos de imágenes diagnóstica (arteriografía utilizando material de contraste, angiocardiógrafa, flebografía, termografía, estudios de densidad mineral ósea).

HC 4.3 Transporte de pacientes

Esta categoría comprende el transporte de pacientes al establecimiento de salud por recomendación médica, o entre establecimientos para complementar un

conjunto de servicios de salud. Algunos ejemplos son el transporte de emergencia a un hospital y el traslado entre establecimientos para realizar imágenes diagnósticas o tratamiento de rehabilitación. El transporte se puede realizar en un vehículo especialmente equipado, o en una ambulancia aérea o acuática y se lleva a cabo entre los distintos establecimientos para recibir atención médica y quirúrgica. También incluye el transporte convencional en vehículos como taxi, pero tienen que sustentarse en una recomendación médica justificada y suponen una transacción, como por ejemplo en el caso de procedimientos de imágenes diagnósticas interhospitalarias. El límite se establece según los criterios especificados en el capítulo 4.

El servicio de transporte puede ser especializado, con o sin equipo de reanimación o personal médico. Se puede facturar como parte de las prestaciones asociadas (por ejemplo, imágenes diagnósticas, etc).

- **Incluye:** Todo tipo de servicios de transporte por cualquier medio siempre que se ajuste a los criterios específicos. Por ejemplo, se incluyen los servicios de transporte de emergencia de cuerpos de bomberos o militares de los servicios civiles de emergencia (no solo para medicamentos en caso de catástrofes).
- **Excluye:** el costo del transporte de los acompañantes, salvo si el paciente es dependiente. Véase capítulo 12 sobre costos de transporte en viajes al exterior para atenciones de salud.

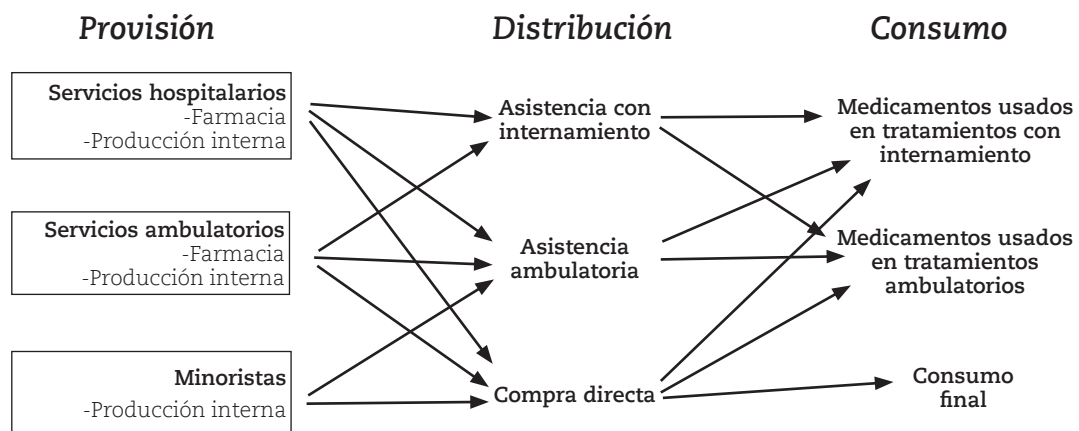
HC.5 Bienes médicos (no especificados por función)

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

Los medicamentos y otros bienes médicos con frecuencia forman parte del paquete de servicios con un objetivo preventivo, curativo, de rehabilitación o de atención de larga duración. En el consumo de pacientes hospitalizados, ambulatorios y hospitalizados de día, normalmente no se identifican de forma separada, salvo posiblemente a un nivel más detallado.

Los bienes médicos también se pueden consumir por prescripción, después de un contacto con un servicio de salud, o de forma independiente, en caso de automedicación. El medicamento se puede dispensar en un establecimiento de salud, como por ejemplo un hospital, o se puede comprar a un minorista de bienes médicos. Sin embargo, debido a la diversificación de los canales de distribución dentro de los modos de provisión de cada país, es necesario tener en cuenta los distintos modos de consumo independiente. El gráfico 5.4 muestra los distintos mecanismos de distribución. En muchos países con ingresos medios y bajos, debido a la falta de medicinas, tanto en hospitales como en servicios ambulatorios, son los familiares del paciente los que los compran. Esta categoría intenta incluir todo el consumo de bienes médicos cuando no se especifica la función o el modo de provisión.

- **Incluye:** Bienes médicos adquiridos por el beneficiario con receta después de haberse puesto en contacto con el sistema de salud, o por automedicación.
- **Excluye:** Los bienes médicos consumidos o que les ha entregado un profesional de la salud.

Gráfico 5.4 **Mecanismos de distribución de medicamentos**

Fuente: IHAT para SHA 2011

- **Ejemplo:** Como los bienes médicos no tienen un objetivo en sí mismos, siempre que sea posible se deben clasificar por el propósito que persiguen. Por ejemplo, los mosquiteros para las camas para luchar contra la malaria, se deben contabilizar en el programa de lucha contra la malaria cuando se reparten en dichas campañas. Dado que su uso es tan solo preventivo, se deben registrar en prevención. Sin embargo por convención, se registran en HC.5 cuando los consumidores las adquieren en las tiendas, porque el objetivo normalmente no se ha identificado.

Los bienes médicos se desglosan en un segundo nivel de productos farmacéuticos y otros bienes perecederos (HC.5.1) y aparatos terapéuticos y otros bienes médicos (HC.5.2).

HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros bienes perecederos

Incluye los productos farmacéuticos y bienes médicos perecederos que se utilizan en el diagnóstico, cura, alivio o tratamiento de la enfermedad. Incluye compuestos médicos, los medicamentos genéricos o de marca, medicamentos con patentes, sueros y vacunas y anticonceptivos por vía oral. Los líquidos necesarios para la diálisis, así como los gases utilizados en salud como el oxígeno, también se deben incluir cuando el paciente o los familiares los compran directamente. Esta categoría se divide en las siguientes subcategorías:

HC.5.1.1 Medicamentos con receta. Incluye todos los productos farmacéuticos, de marca o genéricos, que se entregan por receta de un médico o farmacéutico autorizado.

HC.5.1.1 Medicamentos de venta libre. Comprende todos los productos farmacéuticos, de marca o genéricos que se pueden comprar con o sin receta pero que se han adquirido de forma independiente. Los productos que se incluyan en

esta categoría tienen que tener un objetivo de salud³.

HC.5.1.3 Otros bienes médicos perecederos. Comprende las vendas adhesivas y no adhesivas, las jeringuillas hipodérmicas, los kits de primeros auxilios, las botellas de agua caliente y las bolsas de hielo, las medidas elásticas y soportes para las rodillas con fines médicos, preservativos y otros anticonceptivos mecánicos. Esta subcategoría también incluye bienes médicos perecederos que ha recetado un médico autorizado.

Se deben incluir todos los productos que ha adquirido el paciente tanto en una farmacia como en un establecimiento médico, hospital o ambulatorio, o en cualquier otro punto de distribución.

La categoría se puede desglosar (para incluir posteriormente subcategorías), con medicamentos de marca y genéricos y suministros fabricados por el propio hospital. Las subcategorías como “medicamentos esenciales” son distinciones operativas ya institucionalizadas en algunos países para monitoreo rutinario, por lo que también podrían ser incluidas en un desglose más detallado. En el futuro, se puede hacer un desglose terapéutico en función de la Clasificación Química Anatómica Terapéutica. En algunos países la clasificación se puede dividir para incluir las adquisiciones. Se tendrían que recoger datos detallados para poder establecer índices de precios y volumen.⁴

- *Excluye:* Productos veterinarios; artículos de higiene personal, como los jabones medicinales.
- *Ejemplos:* Se deben incluir los bienes médicos de MTCA, salvo los productos no identificados como bienes médicos, como la “comida sana”. En la tabla 4.1 del capítulo 4 se pueden ver los casos dudosos.

HC.5.2 Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos

Esta categoría incluye una amplia gama de bienes médicos no perecederos tales como lentes, audífonos, otros aparatos de órtesis y prótesis y dispositivos terapéuticos, y médico-técnicos:

- Dispositivos ortóticos que apoyan o corrigen deformidades o anomalías del cuerpo, como por ejemplo las gafas graduadas y los lentes de contacto, los audífonos, los aparatos ortopédicos como zapatos, cinturones quirúrgicos, corsés y soportes;

³ Se pueden incluir productos como antihistamínicos, analgésicos, antiácidos, anti tabaco, antifúngicos, resfriado y gripe, gotas para los ojos, nutrición y dieta (suplementos dietéticos, laxantes). Se excluyen productos de cuidados de personas como los especificados en CCIF 12.1 y sobre todo en la categoría 12.1.3 como artículos de higiene personal: jabón de tocador, jabón medicinal, leche y aceite limpiador, jabón de afeitar, crema y espuma de afeitar, pasta dentífrica, etc.; productos de belleza: productos de protección solar, etc; otros productos: toallas sanitarias, etc.

⁴ Los medicamentos esenciales son aquellas destinadas a satisfacer las necesidades prioritarias de salud de una población. Estos medicamentos se seleccionan después de haber pasado unas pruebas basadas en la evidencia con respecto a su importancia para la salud pública, calidad, seguridad, eficacia y costo-efectividad comparativo. El Listado de medicamentos esenciales de la OMS se publicó por primera vez en 1977 y se actualiza cada dos años. Es un instrumento muy importante para promover la atención de salud primaria racionalizando el uso de los medicamentos, así como su costo (Hogerzeil 2004).

- Prótesis o extensiones artificiales que sustituyen un miembro del cuerpo, como por ejemplos extremidades artificiales u otros aparatos protésicos, incluidos los implantes: un implante es un dispositivo médico fabricado para sustituir (o suplementar una función) y actuar como la estructura biológica que falta;
- Equipos con una variedad de dispositivos médico-técnicos como sillas de ruedas con o sin motor, camas especiales, dispositivos electrónicos y de otro tipo para controlar la presión sanguínea.

Los dispositivos terapéuticos además se pueden identificar por un nivel de tres dígitos:

HC.5.2.1 Anteojos y otros productos para la visión. Los anteojos y otros productos de visión deben tener un propósito de salud. Esta categoría comprende los anteojos y los lentes de contacto, así como los líquidos de limpieza y su colocación por el personal de las ópticas.

- *Excluye:* los anteojos de sol que no tengan corrección.

HC.5.2.2 Audífonos. Esta categoría comprende todo tipo de dispositivos de audición extraíbles (incluidos los productos de limpieza, ajuste y pilas).

- *Excluye:* los diagnósticos y tratamiento audiológico de los médicos (HC.1.3); los implantes audiológicos (HC.1, asistencia curativa); formación audiológica (HC.1.3).

HC.5.2.3 Otros dispositivos y prótesis ortopédicas (excluye los anteojos y los dispositivos auditivos). Esta categoría comprende los dispositivos y prótesis ortopédicas: calzado ortopédico, extremidades artificiales y otro tipo de prótesis, corsés y soportes y soportes cervicales.

- *Excluye:* anteojos y productos para la visión (HC.5.2.1) y dispositivos auditivos (HC.5.2.2).
- *Ejemplos:* No se incluyen los implantes cuyo objetivo principal no sea la salud, por ejemplo para uso estético. Los bastones y los perros de los invidentes se incluyen.

HC. 5.2.4 Todos los demás bienes médicos no perecederos incluidos los dispositivos técnicos. Esta categoría comprende una amplia variedad de dispositivos médico técnicos como las sillas de ruedas (con o sin motor), carros para inválidos, así como los bienes médicos no perecederos no incluidos en ninguna categoría, como los aparatos para la presión sanguínea. En esta categoría, el consumo final del hogar incluye la adquisición de productos no perecederos, siempre que su objetivo primario sea la salud y que se consumen de forma repetida o continua durante un período de un año o más (SCN 2008; 9.42).

- *Incluye:* Equipos telemáticos especializados para llamadas de emergencia desde el hogar del paciente, o para controlar de forma remota los parámetros médicos.
- *Excluye:* anteojos de protección, cinturones y soportes deportivos. Las mejoras en el hogar se contabilizan como inversión: los elevadores automáticos para pacientes con limitaciones de movilidad; elevadores para las bañeras y dispositivos similares para adaptar el hogar de los pacientes con discapacidades crónicas o transitorias, así como el alquiler de los equipos terapéuticos. En el capítulo 11 se incluye más información sobre si los equipos fijos descritos en esta categoría se consideran formación de capital o gasto corriente.

- **Ejemplos:** Véase 4.1 del capítulo 4.

HC.6 Atención preventiva

Se considera **prevención cualquier medida cuyo objetivo sea evitar o reducir el número o gravedad de lesiones y discapacidades, sus secuelas y complicaciones** (Pomey y col., 2000). La prevención supone una estrategia de promoción de la salud mediante un proceso en el que las personas puedan mejorar su salud controlando algunos de los determinantes inmediatos de la misma. Incluye una amplia gama de resultados esperados, que se abordan mediante distintas intervenciones, organizadas en prevención primaria, secundaria y terciaria.

- La prevención primaria incluye estrategias específicas de promoción de la salud cuyo objetivo es evitar la enfermedad y los factores de riesgo, para: reducir la aparición de una enfermedad, disminuir el número de casos nuevos, prever el comienzo y disminuir la gravedad de las enfermedades. El objetivo principal de las medidas preventivas es la reducción del riesgo antes de que éste genere un efecto, por ejemplo, a través de la vacunación.
- La prevención secundaria incluye intervenciones específicas con el objetivo de detectar la enfermedad de forma precoz y aplicar un tratamiento, por ejemplo, a través del tamizaje. La prevención secundaria por tanto aumenta la posibilidad de realizar intervenciones menos costosas o invasivas para prevenir el avance de la enfermedad y la aparición de síntomas, reduciendo con ello la prevalencia o lo que se denomina “stock de enfermedad”⁵. Entre los ejemplos cabe citar las campañas de control de enfermedades como la tuberculosis, diabetes y cáncer de mama. Una característica de la prevención secundaria es que se aplica antes de haberse realizado el diagnóstico. Cuando durante una campaña se detecta un caso en su fase inicial, normalmente representa un proceso organizado por el sistema de salud con un objetivo específico. La detección temprana de estos casos muchas veces implica servicios de laboratorio e imágenes.
- La prevención terciaria reduce el impacto negativo de una enfermedad o una lesión que ya se ha establecido, restaurando la función y reduciendo las complicaciones. Un ejemplo sería el de una intervención quirúrgica de una articulación dañada por quemaduras. En este ejemplo, una intervención terciaria implicaría cirugía de reconstrucción para recuperar todo el movimiento y extensión de la articulación.

En el SHA 2011, la atención preventiva (HC.6) se limita a la prevención primaria y secundaria. Ambos tipos de prevención se consumen para realizar un diagnóstico. Una vez establecido el diagnóstico, se inicia el proceso terapéutico y ya deja de considerarse una medida “preventiva”. La razón por la que se excluye la prevención terciaria es porque tiene puntos de coincidencia con los servicios de atención curativa y de rehabilitación, cuyo objetivo es restaurar la función y reducir las complicaciones de la enfermedad.

⁵ En prevención secundaria, el tratamiento no es una prestación, sino más bien todas las medidas que hacen posible dicho servicio en el sistema, sobre todo medidas como la aplicación de reglamentos y la garantía de calidad de los servicios. Pomey y col. (2000) pp. 339-344.

Consideraciones en la fijación de los límites

Los determinantes de la salud incluyen una amplia gama de factores y mecanismos de acción. Para fijar el límite de lo que se considera salud, se deben tener en cuenta los criterios mencionados en el capítulo 4, y una vez fijado dicho límite, se establecen las categorías funcionales según su propósito principal. Este último es un concepto que debe tenerse en cuenta, ya que cuando intervienen muchos factores determinantes de la salud, también los propósitos pueden ser diferentes. Un ejemplo clásico es el de la educación, que interviene de forma directa e indirecta en muchos mecanismos de riesgos para la salud. Sin embargo, la educación general, no la educación relacionada de manera específica con la salud, desempeña una función tan importante que constituye un objetivo por sí misma; por tanto no cumple con el criterio de los límites y, en tal sentido, no se incluye en el marco de la contabilidad en salud.

El propósito principal de “promoción de la salud” es la clave para fijar el límite, sobre todo porque muchas veces el objetivo principal de los factores determinantes de la salud es de tipo social y económico. Los mismos riesgos pueden ser objeto de una política de control social con un objetivo económico o de seguridad, y por lo tanto no de salud. Los límites para definir qué son “servicios de prevención” para fines de entrar en las cuentas de la salud se vinculan a que el propósito principal sea evitar el riesgo de contraer la enfermedad o sufrir lesiones, lo cual es, muchas veces, la razón por la que un consumidor acude al sistema de salud. La gama de factores que hay que tener en cuenta es amplia, pero el tipo de servicios que se deben considerar de prevención se limita a los que tengan como objetivo principal la salud. Las intervenciones que se salgan del límite de lo que es la salud, pero que tengan una importancia para fines de política, se pueden notificar como categorías relacionadas con la salud.

Algunos ejemplos de estos límites son las intervenciones preventivas para evitar riesgos inmediatos, como por ejemplo:

- Mensajes de IEC (información, educación y comunicación de salud) sobre consumo de alcohol y sustancias tóxicas cuyo objetivo sea la salud. Es el caso de campañas de información dirigidas a mujeres embarazadas y para informar de los efectos secundarios por el exceso en el consumo; así como las campañas informativas de conductas sanas con respecto a la dieta, fumar, estilos de vida sedentarios y la forma de protegerse en caso de accidentes de tráfico. Los mensajes los deben elaborar expertos en comunicación y se deben difundir en los medios de comunicación.
- Control y vigilancia de los riesgos para la salud y programas de control de enfermedades, sobre todo los referentes a riesgos prevalentes en un país.

Por ejemplo, la recopilación de información epidemiológica en los consultorios para analizar tendencias de enfermedades y riesgos de determinadas enfermedades. Incluye también las pruebas de laboratorio y la calidad del agua potable, los riesgos

alimentarios y el control personal de los contaminantes orgánicos persistentes⁶ en la leche materna de las mujeres que habitan en zonas de riesgo.

Estos son ejemplos de componentes dentro de los límites del gasto en salud. Sin embargo, parte de las intervenciones para el control del abuso del alcohol, la seguridad vial y el control ambiental, se pueden llevar a cabo con un objetivo principal que no es de salud, sino más bien social o económico, como por ejemplo el diseño de las carreteras, las normas de tráfico, etc. Todas las intervenciones cuyo objetivo principal no es la salud, no entran en las cuentas de salud⁷, como se explica en los ejemplos siguientes:

El terreno ambiental en la economía se centra principalmente en todos los componentes, factores y condiciones que tienen algún impacto en el crecimiento y desarrollo, garantizando la sostenibilidad y el bajo riesgo para la sociedad. Las políticas al respecto tienen un contenido legal y técnico. La importancia de dichas políticas ambientales para la salud es clara en términos generales. Sin embargo, no todas las políticas tienen como objetivo principal la salud, ni su aplicación normalmente persigue mejorar la misma. Se excluyen todos los servicios cuyo objetivo principal sea la recopilación, tratamiento y remedio de los riesgos ambientales. Se incluyen dentro de lo que se considera salud, los componentes de salud ambiental que forman parte de reglamentos específicos sobre salud (en HC.7). También se incluye las labores de control y vigilancia de riesgos ambientales en zonas geográficas concretas que tengan un objetivo de salud, que forman parte de campañas de detección de casos (HC.6); los mensajes de IEC sobre salud ambiental, como los riesgos de exposición durante el embarazo (HC.6); y el tratamiento sobre los efectos ambientales para reducir las secuelas y daño en grupos humanos afectados, a través de la asistencia curativa (HC.1).

La seguridad pública requiere la prevención y protección de todos los sucesos y factores que podrían poner en peligro la seguridad pública en general, causando lesiones y daños. Se excluyen de las cuentas de salud las intervenciones cuyo principal propósito no sea la salud. Por ejemplo, se excluyen los casos de prevención de delitos o desastres (naturales o provocados por el hombre) en los que se realizan intervenciones específicas que no son de salud; garantizar la seguridad en los sistemas de transporte, carreteras y de conducta social, pero en los cuales la salud no es lo fundamental. También quedan excluidas las intervenciones a través del sistema de justicia, cuyo objetivo es prevenir y controlar los riesgos de lesiones,

⁶ Los componentes de salud ambiental tienen relación con la aplicación de reglamentos y controles de cualquier agente que suponga un riesgo inmediato para los seres humanos, como por ejemplo la presencia de contaminantes orgánicos y metales pesados que pueden provocar enfermedades que se contraen a través de la atmósfera, los alimentos o el agua, que traspasan fronteras y generaciones, la mayoría de ellos a través de la leche materna y otras vías carcinogénicas.

⁷ La seguridad comprende todas las actividades que intentan reducir o eliminar los peligros que pueden causar una lesión corporal. La seguridad en el trabajo se ocupa de los riesgos en las zonas donde los trabajadores realizan su actividad: oficinas, fábricas, granjas, obras y establecimientos comerciales y establecimientos al por menor. La seguridad pública trata de los riesgos en el hogar, viajes y actividades de ocio, así como en otras situaciones que no entran en el ámbito de la seguridad en el trabajo. Aunque la seguridad supone un riesgo asociado a la salud y a la prevención, su uso no se incluye universalmente en ese límite, sino que es de naturaleza colectiva de tal forma que la participación social y de estructuras y principios especializados general un campo que controlan cada uno de dichos riesgos. Por eso la gestión de la salud se limita a aquellos componentes que tengan un objetivo de salud.

mediante intervenciones legales, judiciales, policiales y de otras ramas de actividad centradas control de armas, drogas y la violencia. El objetivo de estas intervenciones no es la salud, a pesar de que sean importantes para la misma. Los componentes de salud que se incluyen son: las medidas de IEC para evitar lesiones provocadas por personas y reducir el consumo de alcohol y drogas entre la juventud y las mujeres embarazadas (HC.6). Se incluyen los programas para guiar los servicios de salud durante epidemias y desastres (HC.6), y el tratamiento dentro del sistema de atención curativa de los casos que resultan durante los riesgos de seguridad pública (HC.1).

Servicios de transporte. Se excluyen las políticas de tráfico y transporte cuyo objetivo principal sea el transporte, aunque estén relacionadas con la prevención de la salud, porque están fuera de los límites. El cumplimiento de una norma puede tener un objetivo ajeno a la salud, como por ejemplo, evitar una multa. Por tanto, la aplicación de dichas medidas no se contabilizan como salud ni como prevención. Se incluyen los componentes de IEC con un objetivo de crear un comportamiento sano (HC.6) por ejemplo, las campañas de información para utilizar el casco. También se incluyen los estudios epidemiológicos sobre accidentes y lesiones para informar a los programas de salud, como por ejemplo, los estudios para establecer los límites legales de alcohol en sangre cuando se conduce (HC.6).⁸

Categorías preventivas de dos dígitos

El diseño de campañas de prevención dirigidas a grupos de población de riesgo, en función de la edad, sexo o nivel de ingresos; o grupos de riesgo en función del entorno, como pueda ser la presencia de carreteras, casas o áreas residenciales. Por tanto, las campañas de prevención se dirigen a las personas o grupos de población expuestos a esos riesgos similares, para evitarlos o detectar enfermedades en sus fases iniciales. Aunque algunos riesgos se refieran a enfermedades específicas, los mismos riesgos u otros similares pueden provocar otras enfermedades, por lo que la cobertura de muchos programas puede tener puntos de coincidencia, dependiendo de su estructura a escala nacional. La estructura de los programas es el resultado de las condiciones operativas y epidemiológicas del país. Por ejemplo, el VIH/SIDA puede ser un programa independiente, formar parte de un programa conjunto con la malaria y la tuberculosis, o ser un componente de un programa global sobre enfermedades transmisibles.

La clasificación de la prevención en el SHA 2011 se basa en el tipo de servicios⁹ Como en otras clasificaciones, los países que requieran un análisis más detallado pueden desglosar la clasificación según sus características. Si se lleva a cabo dicho desglose, las etiquetas deben detallar con claridad los programas que contienen y los metadatos notificados deben ser lo suficientemente exhaustivos como para poder comparar las categorías internacionalmente. Las categorías por tipo de servicios

⁸ Un ejemplo de un planteamiento de salud para resolver estos problemas se puede ver en el Informe sobre el Estado Global de la Seguridad Vial editado por la OMS en 2009.

⁹ El cambio con respecto al SHA 1.0 se considera un enfoque más preciso. La suma de tipos de servicios preventivos permite una mejor taxonomía y una clasificación más flexible. Entre los problemas taxonómicos cabe citar que algunas enfermedades denominadas "no transmisibles" se han identificado ahora como transmisibles y se han creado vacunas para combatirlas o están en proceso de desarrollo.

se enfocan en la estrategia más que en la enfermedad, como en la clasificación con la codificación CIE en la distribución por beneficiario (véase capítulo 10¹⁰). Para conseguir la continuidad en la notificación, las categorías del SHA 1.0 se han conservado como partidas debajo de la línea.

La prevención puede generar en la mayoría de los casos externalidades positivas, lo cual se ve con claridad en las enfermedades transmisibles y en las ambientales, así como en las enfermedades no transmisibles. Entre los ejemplos cabe citar las enfermedades que se transmiten por el agua como el cólera; enfermedades que se transmiten por los alimentos como los agrotóxicos y otros contaminantes biológicos y no biológicos; enfermedades que se transmiten por el aire como la PM10 (partículas sólidas¹¹) y contaminantes en el interior de edificios.

La prevención se puede desglosar en las categorías siguientes:

HC.6.1 Programas de información, educación y consulta.

La información, educación y comunicación (IEC) combina estrategias, modelos y métodos para que personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades asuman un papel activo en proteger, sostener y mantener su propia salud. Los programas de IEC incluyen procesos de aprendizaje que capacitan a las personas a tomar decisiones, modificar conductas y cambiar las condiciones sociales, consiguiendo un mayor grado de conocimientos, creencias, actitudes, usos e interacciones con el sistema de salud. Este es un componente clave en la estrategia para superar los obstáculos organizativos y de comunicación al utilizar el sistema de salud. Se centran en la prevención primaria y secundaria. Comprende el consumo individual y colectivo, suministrado en diferentes formatos, como por ejemplo a través de los medios de comunicación o consultas personales. Pueden variar dependiendo de las características culturales del consumidor. Este gasto puede incluir la difusión de la información, así como el tiempo y conocimientos del personal especializado que se dedica a prestar asesoramiento.

Los programas de información y asesoramiento normalmente están integrados en programas de control, en cuyo caso se orientan a problemas específicos de salud, factores condicionantes y riesgos específicos. Pueden tratar de estrategias para evitar peligros, autoprotección, adherencia al tratamiento con un medicamento, directrices de autogestión de las enfermedades, formación preoperatoria o información sobre las altas hospitalarias. También pueden relacionarse con pruebas que se pueden realizar los propios pacientes para controlar su enfermedad, indicándoles cómo mantenerse bien si los resultados son negativos, o dándoles consejos sobre dónde acudir para que les realicen un seguimiento si los resultados son positivos. Por ejemplo, informando de las consecuencias del tabaquismo, la dieta, la actividad física o el consumo de sal; advirtiendo a las mujeres embarazadas de los peligros del consumo de drogas y alcohol; informando sobre la efectividad de llevar casco o

¹⁰ El desglose de más categorías por características de población se trata en el capítulo 10, por ejemplo, por grupo de población, edad y sexo, por nivel socioeconómico, así como por grupo epidemiológico y zona geográfica.

¹¹ PM10 se utiliza para describir las partículas de transmisión a través de la atmósfera de un tamaño de 10 micrómetros o menos

ponerse el cinturón de seguridad; informando sobre las vacunas y los programas de tamizaje.

HC.6.2 Programas de inmunización

Se llevan a cabo para prevenir el desarrollo de una enfermedad, antes o después de la exposición, utilizando productos farmacéuticos, como por ejemplo vacunas. Es una prevención primaria. Puede involucrar el consumo por un conjunto específico de personas, ya sea durante la campaña o las actividades de operación de un programa. Ejemplo son las campañas de inmunización contra la difteria, hepatitis, el papiloma humano, gripe, sarampión, infecciones por meningococos, paperas, tosferina, infecciones por neumococos, polio, rabia, rubeola, tétanos, varicela y fiebre amarilla. El gasto que se contabiliza incluye la consulta, tanto en tiempo y conocimientos técnicos del personal así como la compra de la vacuna.

HC.6.3 Programas de detección temprana de la enfermedad¹².

Esta categoría comprende la detección de una enfermedad en sus primeras fases de desarrollo, antes de que aparezcan los síntomas, en grupos de riesgo, durante una campaña o programa planificado. Puede incluir el tamizaje, las pruebas diagnósticas y los exámenes médicos. Abordan enfermedades específicas, como el cáncer de mama, cáncer cervical, cáncer colorrectal, diabetes, VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, cáncer de próstata, etc. Dependiendo de los criterios fijados, puede comprender sólo la detección antes de establecer el diagnóstico. De acuerdo con los límites del gasto en salud, los exámenes que se realicen las propias personas sin que exista una transacción no se contabiliza. Dichos exámenes pueden generar un gasto si se compra la prueba para realizarlo, por ejemplo para conocer el nivel de azúcar en sangre u orina, en cuyo caso se registran en HC.5. Los exámenes de control y seguimiento después del diagnóstico se deben considerar parte de la atención curativa (HC.1).

HC.6.4 Programas de seguimiento de condiciones sanas

Esta categoría comprende acciones para monitorear de manera activa las condiciones de salud, sin centrarse en enfermedades específicas. Pueden estar dirigidas a estados específicos, como embarazos (atención prenatal y postnatal), grupos específicos de edad como los niños (por ejemplo, crecimiento y desarrollo infantil) o grupos de personas mayores, o campos específicos de la salud, como los chequeos de salud general y odontológica.

HC.6.5 Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad.

Esta categoría incluye las acciones de carácter técnico para gestionar el conocimiento y los recursos a efectos preventivos y de control. Se realiza a través de medidas de planificación, monitoreo y evaluación de las intervenciones, que incluyen medidas para informar la toma de decisiones, tales como el acceso a la información y los servicios de apoyo. Incluye los sistemas de información

¹² El enfoque por tipo de servicio se considera que identifica mejor las oportunidades de mejorar la prevención en este campo. La detección de casos en su fase inicial incluye enfermedades transmisibles y no transmisibles.

relacionados con la epidemiología y el seguimiento de casos de salud, los registros y respuestas del sistema de salud¹³; medidas de apoyo de tipo operativo para la mejora inmediata del programa; así como de formación y de investigación operativa¹⁴.

El contenido genérico incluye¹⁵: conducir la vigilancia de brotes y patrones de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, heridas y exposiciones a agentes ambientales peligrosos para la salud, así como sus patrones y las respuestas adecuadas.¹⁶ Por ejemplo, la vigilancia epidemiológica y la investigación de los sistemas de salud para identificar y diagnosticar enfermedades; la medición de estados de salud y enfermedades determinadas de importancia social como la tuberculosis; analizar los registros de salud y la exactitud del sistema de información; supervisar las muestras del agua potable y los alimentos en lo que se refiere a las enfermedades que se transmiten a través del agua y los alimentos; estudios epidemiológicos de otros riesgos ambientales como los estudios de la leche materna en zonas geográficas donde existen contaminantes orgánicos persistentes (COP); la formación práctica para asegurar que se cumplen los procedimientos y protocolos de tratamiento de los distintos programas de salud; la supresión de las dificultades de acceso a los servicios de salud de personas y grupos de población. Incluye la evaluación adecuada de los programas para identificar las mejoras operativas de cualquier componente del sistema de salud, como un programa de prestación de servicios, de información a los usuarios y el análisis de la cobertura de los establecimientos de salud en la zona donde prestan sus servicios.

Los registros de los gastos en esta categoría se refieren a las áreas técnicas encargadas de organizar los programas de prevención con un enfoque colectivo: por ejemplo, VIH/SIDA, tuberculosis y cáncer, etc. La información se puede obtener del área técnica y de organización de componentes del programa no relacionados directamente con los servicios de salud, como el Ministerio de Salud, administraciones regionales y de distrito, ONG, etc. El capítulo 14 detalla las normas contables para seleccionar las claves de distribución para prorratear el gasto.

HC.6.6 Programas de respuesta en casos de desastre y situaciones de emergencia

Incluye la preparación de una respuesta adecuada de ayuda humanitaria en caso de emergencia, por un suceso de origen natural o provocado por los seres humanos. El objetivo es proteger la salud y reducir la mortalidad y morbilidad originada en situaciones peligrosas para la salud, mediante programas de formación de epidemiología de campo y entrenamiento para cumplir determinadas normas técnicas. Podría incluir, por ejemplo, la adquisición o preparación de recursos

¹³ OMS (2002), WPRO WPR/RC53/10. EPHF 1

¹⁴ OMS (2002), WPRO WPR/RC53/10. Tareas asociadas a EPHF 2, Vigilancia epidemiológica/prevención y control de la enfermedad.

¹⁵ OMS (2002), EPHF 2, Vigilancia epidemiológica/prevención y control de la enfermedad y EPHF 8, Garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos. WPRO WPR/RC53/10.

¹⁶ La capacidad de comparación entre países podría requerir un conjunto detallado de metadatos, debido al hecho de que el mayor conocimiento de la etiología de las enfermedades las ha cambiado de una categoría a otra. Por ejemplo, en el caso del cáncer y enfermedades neurológicas que se ha descubierto que las ha causado una infección por virus, o en algunas enfermedades transmisibles cuya distribución geográfica se ha modificado debido a factores ambientales.

Tabla 5.2 Componentes de salud pública y preventiva según se describen en SHA 1.0 y SHA 2011

Contenido: según se describe en SHA 1.0	Código programa SHA 2011	Nueva categoría	Código programa SHA 1.0	Contenido: según se describe en SHA 1.0	Código programa SHA 2011	Nueva categoría	Código programa SHA 1.0
Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas			HC.6.1	Prevención enfermedades no transmisibles			HC.6.4
Consejería genética	HC.6.1		HC.6.1	Educación en salud	HC.6.1		HC.6.4
Identificación de anomalías genéticas	HC.6.3		HC.6.1	Prevención de la enfermedad	HC.6		HC.6.4
Atención médica pre y posnatal	HC.6.4		HC.6.1	Promoción de la salud	HC.6.		HC.6.4
Atención del recién nacido	HC.6.4		HC.6.1	Programas para evitar el riesgo	HC.6.1		HC.6.4
Salud infantil escolar y pre-escolar	HC.6.4		HC.6.1	Mejora del estado de la salud no dirigida específicamente hacia las enfermedades transmisibles	HC.6.4		HC.6.4
Diseño, control y evaluación de programas		HC.6.5		Medidas contra el tabaco, alcohol y sustancias tóxicas	HC.6.1		HC.6.4
Normativa relativa al conjunto de servicios y cobertura poblacional en MCH, FP		HC.7.1		Actividades de los trabajadores de la comunidad	HC.6		HC.6.4
Servicios de medicina escolar			HC.6.2	Servicios de los grupos de autoayuda	HC.6.1		HC.6.4
Educación	HC.6.1		HC.6.2	Educación general de la salud e información en salud	HC.6.1		HC.6.4
Tamizaje	HC.6.3		HC.6.2	Campañas de educación de la salud	HC.6.1		HC.6.4
Prevención de la enfermedad	HC.6		HC.6.2	Campañas de promoción de salud (estilo vida, sexo, etc.)	HC.6.1		HC.6.4
Promoción de la salud	HC.6		HC.6.2	Intercambio información (alcoholismo, drogadicción)	HC.6.1		HC.6.4
Tratamiento médico básico (incluida atención odontológica)	HC.1		HC.6.2	Vigilancia ambiental de salud pública	HC.6.5		HC.6.9
Medidas contra el consumo de tabaco, alcohol y sustancias tóxicas (en colegios)	HC.6.1		HC.6.2	Información pública sobre condiciones ambientales	HC.6.1		HC.6.9
Programas de vacunación	HC.6.2		HC.6.3	Diseño, control y evaluación de programas		HC.6.5	
Diseño, control y evaluación de programas		HC.6.5		Normativa relativa al conjunto de servicios y cobertura de población en enfermedades no transmisibles		HC.7.1	
Normativa relativa al conjunto de servicios y cobertura de la población en salud escolar		HC.7.1		Salud ocupacional			HC.6.5
Prevención enfermedades transmisibles			HC.6.3	Vigilancia salud empleados	HC.6.4		HC.6.5
Notificación obligatoria de enfermedades	HC.6.5		HC.6.3	Exámenes médicos rutinarios	HC.6.4		HC.6.5
Investigación epidemiológicas de enfermedades transmisibles	HC.6.5		HC.6.3	Atención terapéutica, incluidos servicios emergencia	HC.1		HC.6.5
Rastreo de contactos y origen enfermedad	HC.6.5		HC.6.3	Ergonomía y seguridad	HC.6 (parte salud)		Excluido
Prevención de la tuberculosis	HC.6		HC.6.3	Salud y protección ambiental en el trabajo	HC.6 (parte salud)		Excluido
Control de la tuberculosis (tamizaje)	HC.6.3		HC.6.3	Prevención de accidentes en trabajo	HC.6 (parte salud)		Excluido
Inmunización/vacunación (obligatoria y voluntaria)	HC.6.2		HC.6.3	Diseño, control y evaluación de programas		HC.6.5	
Vacunación en atención infantil y maternal	HC.6.2		HC.6.3	Normativa relativa al conjunto de servicios y cobertura de la población en atención ocupacional		HC.7.1	
Vacunación salud ocupacional	HC.6.2		Excl. HC.6.5	Todos los demás servicios de salud pública			HC.6.9
Vacunación para viajes y turismo a iniciativa paciente	HC.1		HC.1	Gestión y administración de bancos de órganos y sangre	HC.4.1.2		HC.6.9
Diseño, control y evaluación de programas		HC.6.5		Vigilancia ambiental salud pública	HC.6.5		HC.6.9
Normativa relativa al conjunto de servicios y cobertura de población en enfermedades transmisibles		HC.7.1		Información pública condiciones ambientales	HC.6.1		HC.6.9

durante un período breve de tiempo, la preparación para cambiar la operación y referencia de pacientes, tal como el triage de pacientes y la reestructuración de la cobertura en función de la naturaleza de la emergencia.

Esta categoría se puede ajustar a las necesidades específicas de cada país, ya que en áreas específicas los riesgos pueden ser diferentes. Sin embargo, en cualquier caso las normas y la infraestructura de salud deben estar preparadas para satisfacer las necesidades de atención de salud en situaciones de emergencia.

HC. 7 Gobernanza, administración y financiamiento del sistema de salud

Estos servicios se enfocan en el sistema de salud más que en la atención directa a las personas, por lo que se consideran colectivos, ya que no benefician a individuos específicos sino a todos los usuarios del sistema de salud. Son servicios que dirigen y apoyan el funcionamiento del sistema de salud, ya que mantienen y aumentan la efectividad y eficiencia de dicho sistema y pueden mejorar su equidad.

Estos gastos los realizan fundamentalmente los gobiernos, aunque no de forma exclusiva. Se incluye la formulación y administración de la política pública, el establecimiento de normas, reglamentos, la concesión de licencias a los proveedores de servicios, la administración, monitoreo y evaluación de dichos recursos, etc. Sin embargo, algunos de estos servicios los prestan también entidades privadas, pertenecientes a la sociedad civil, como las ONG y los seguros médicos privados. Claros ejemplos de dicha participación civil son los organismos de promoción de la salud, observatorios de salud y asociaciones de consumidores.

HC.7.1 Gobernanza y administración del sistema de salud

Aunque abarcan más de una sola función, se propone una categoría de dos dígitos por su baja participación en el gasto y la dificultad para poder distinguirlos.

La gobernanza¹⁷ se ha definido como “la gestión cuidadosa y responsable del bienestar de la población” (OMS, 2003), con tres amplios cometidos: dirección y visión estratégica, inteligencia en salud, que consisten en recopilar y utilizar la información y ejercer influencia a través de reglamentos y otros medios. Incluye la planificación, la formulación política y la información especializada de todo el sistema de salud, en áreas como:

- Monitoreo de las necesidades de salud (OMS, 2002, EPHF 1) y las intervenciones de salud;
- Cuentas de salud, control de recursos específicos (EPHF 6) y auditoría;
- Desarrollo de políticas y planificación (EPHF 3);
- Alianzas para promover la salud, la participación social y empoderamiento (EPHF 6);
- Investigación, desarrollo y aplicación de intervenciones innovadoras para establecer estándares (EPHF 9).

¹⁷ Gobernanza es la gestión responsable y meticulosa de algo que se le ha encomendado a alguien. En el contexto de los sistemas de salud, supone la influencia en las políticas y en las acciones de todas las ramas de actividad que puedan afectar a la salud de la población. La función de gobernanza, por tanto implica la capacidad de ofrecer una estrategia política, garantizar una buena reglamentación y los instrumentos para aplicarla y ofrecer la información necesaria sobre el rendimiento del sistema de salud, garantizando la responsabilidad y la transparencia. (OMS Europa)

El SHA 2011 incluye en esta categoría el componente servicio público general que forma parte de la función gubernamental a través de los servicios de planificación y estadísticos (según se expresa en COFOG 01.3).

La administración se centra en la gestión, en el diseño de medidas para regular, generar incentivos y controlar organizaciones y recursos del sistema, como los establecimientos médicos generales y especializados, que incluyen servicios odontológicos, hospitales y clínicas, residencias asistidas y servicios de convalecencia domiciliarios, así como consultorios independientes. Contiene funciones directivas y operativas, así como los recursos para realizar dichas operaciones.

- Gestión estratégica de los sistemas de salud y los servicios a la población para que disfruten de una buena salud
- Regulación para proteger la salud pública, incluida la acreditación y garantía de calidad
- Desarrollo y planificación de los recursos humanos

Excluye: cualquier gasto general relacionado con la gestión o funcionamiento de los proveedores de salud: hospitales u otros proveedores, que se incluyen en gastos por servicio consumido (HC.1-HC.6). Por ejemplo, si un grupo de hospitales públicos o privados dispone de una unidad que presta determinados servicios comunes a todos como por ejemplo las contrataciones, los laboratorios, las ambulancias, u otras facilidades, el valor de estos servicios comunes se contabiliza como parte del valor de cada uno de esos servicios individuales.

Ejemplo: la función de regulación forma parte de la función de gobernanza e incluye el establecimiento de modos para hacer cumplir las normas. Sin embargo, el comité técnico de cada programa tiene la responsabilidad de garantizar su aplicación. Por tanto, la formulación de regulaciones y los mecanismos para su puesta en vigor forman parte de la labor de gobernanza y el funcionamiento de la puesta en vigor de los reglamentos dentro del control del programa específico forma parte de la función pertinente. El nivel operativo es posible que se pueda separar mediante órganos enfocados a programas específicos.

HC.7.2 Administración de la financiación de la salud

Esta categoría contiene un subcomponente específico de financiamiento de la salud, con independencia de si su origen es público o privado o si la provisión es pública o privada, por ejemplo elaboración de presupuestos y recaudación de fondos (Poullier, 1992; Nicolle y Mathauer, 2010). Comprende la gestión de la recaudación de fondos y la administración, monitoreo y evaluación de dichos recursos. Entre los servicios específicos para movilizar recursos cabe citar la identificación de miembros de los esquemas, su afiliación, la facturación y recaudación de las contribuciones, así como la gestión de las exenciones. Dentro de la función de mancomunación de recursos, la distribución del riesgo es un servicio importante. La función de compra, incluye servicios como selección y negociación con los proveedores de salud, su contratación, así como el sistema de procesamiento de reclamaciones, que incluye control de la derivación de pacientes mediante una puerta de entrada al sistema, pago a proveedores y reembolsos a pacientes.

Se propone una división opcional en el nivel de tres dígitos, en esquemas de financiamiento públicos y privados.

La categoría relativa a la administración del seguro médico privado se refiere esencialmente al servicio de aseguramiento y a los cargos por el mismo¹⁸. Esto incluye el gasto generado por las ventas, la afiliación y los servicios de la póliza, pago de indemnizaciones, funciones actuariales, servicios jurídicos, funciones de inversión, gastos generales y los cargos por riesgos.

En los organismos públicos, también se incluyen los costos administrativos de los programas de salud de los gobiernos federales, estatales y locales.

Excluye: los costos administrativos de los proveedores de salud y los bienes y servicios de salud que prestan. Se excluyen también los costos de oportunidad del trabajo administrativo para los consumidores y la recaudación de impuestos generales asociada.

HC. 9 Otros servicios de salud no especificados en ninguna otra parte (n.e.p)

Esta categoría comprende todos los demás servicios de salud entre HC.1 y HC.7.

HC.RI Partidas de notificación

HC.RI.1 Gasto farmacéutico total (GFT)

Los productos farmacéuticos son los productos tecnológicos más utilizados en los servicios de salud. Se estima que el gasto farmacéutico total constituye aproximadamente una tercera parte del gasto total en salud. Sin embargo, el consumo puede seguir diferentes trayectos. Por ejemplo, los gastos que se generan en un contacto con internamiento normalmente se consideran un consumo intermedio y no se contabilizan por separado. La clasificación funcional sólo recoge los bienes médicos que los consumidores compran directamente a los minoristas (HC.5) con independencia de si dicha compra es el resultado de un contacto con el sistema de salud o no. Una sub-categoría adicional permitiría identificar el consumo de productos farmacéuticos recetados (HC.5.1.1). Las políticas farmacéuticas requieren información sobre el gasto en consumo total, así como los distintos canales, precios, composición, etc. Una medida integral del consumo de productos farmacéuticos es de crucial importancia para el modelo funcional de la salud.

A la hora de planificar y tomar decisiones, es importante conocer el gasto en consumo farmacéutico. La cifra total del gasto en consumo farmacéutico se obtiene sumando la parte notificada de forma explícita (HC.5.1.1 + HC.5.1.2) y los demás componentes del consumo farmacéutico, con independencia de la vía de consumo. Es el caso del componente farmacéutico incluido en paquetes de tratamientos, sobre todo en la atención curativa (HC.1), donde se espera que represente la parte más importante, pero también en la atención de rehabilitación (HC.2) y atención de larga duración (HC.3). También puede haber gastos en la atención ambulatoria, generados por los médicos que recetan los medicamentos (parte de HC.1.3).

¹⁸ El SCN 2008 define el valor de un servicio de seguro o de una producción de una empresa de seguro en el párrafo 6.185 como producción de la empresa de seguro = total de primas más suplementos de las primas menos las indemnizaciones ajustadas.

En los establecimientos de salud, sobre todo aquellos de atención con internamiento, a veces una parte del servicio corresponde a un trabajo complementario para producir medicamentos, así como de preparar y repartir las “cajas de pastillas”, lo cual implica que el consumo de productos farmacéuticos no solo incluye el costo de los productos adquiridos (directamente) sino también el costo de los servicios complementarios de distribución. Para generar una cuenta que represente una cifra exacta, se recomienda un cálculo paso a paso, como en los demás casos¹⁹.

Otra subcategoría podría ser consumo farmacéutico de pacientes internados. También podría ser interesante establecer otras categorías como productos farmacéuticos bajo sistemas de contratación, genéricos y categorías ATQ, las cuales pueden ser de interés para las políticas nacionales.

HC.RI.2. Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa (MTCA)

La MTCA ha sido identificada como importante para fines de políticas en muchos países, ya sea por su importancia cultural o por su alta tasa de crecimiento en los países con ingreso per cápita medio y alto. Las políticas relativas a las MTCA están surgiendo y es necesario supervisarlas. Debido a las diferentes prácticas, objetivos y métodos de financiamiento, los sistemas, terapias y disciplinas de las MTCA (incluidos los bienes médicos relacionados con ellas) son de hecho una subcategoría en la clasificación de proveedores, es decir, hospitales, servicios ambulatorios y minoristas.

Alcance y límite de la medicina tradicional, complementaria y alternativa (MTCA)

En términos generales, la atención a la salud se puede dividir en moderna (oficial, convencional, ortodoxa, occidental o alopática²⁰) y tradicional (autóctona, complementaria, o integradora), dependiendo de cada país.

La atención no alopática comprende todos los servicios de cualquier práctica cuya intención sea la salud, pero que no entran en el terreno de la medicina alopática. El término genérico que se utiliza es Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa (MTCA) Según define la OMS, la “medicina tradicional” es un concepto difuso que comprende una gama de prácticas antiguas y todavía en evolución basadas en diversas teorías y creencias. Estos servicios suponen la utilización de sistemas de conocimientos médicos, desarrollados a lo largo de los siglos en varias sociedades antes o durante el desarrollo de la medicina moderna. Los servicios “complementarios y alternativos” son los que se utilizan junto con la salud alopática o en sustitución de la misma, pero que no están incluidos en el sistema médico internacional, incluso aunque sean muy utilizados en un país.

¹⁹ El capítulo 9 describe los insumos por proveedor, la suma de los cuales debe ser igual a este agregado.

²⁰ La medicina moderna también se ha denominado medicina oficial, medicina alopática, medicina ortodoxa, medicina occidental, medicina clínica. Es la atención de salud que se practica en los países desarrollados, basada en datos científicos para realizar el diagnóstico y tratar la enfermedad; la medicina oficial (MO) asume que todos los fenómenos fisiológicos y patológicos se pueden explicar en términos concretos; la MO utiliza sistemas de modelo no humanos, estudios ciego y análisis estadísticos, para garantizar resultados que se puedan repetir.

La MTCA²¹ es muy común y prevalente en países que representan más de la mitad de la población mundial (OMS, 2005b; Bodeker y col., 2005). La notificación de la MTCA no va en contra de la legislación en los países en los que la medicina alopática es la dominante. La categoría MTCA se incluye en la clasificación funcional (HC) para describir, monitorear, analizar y clasificar los flujos financieros, la movilización de recursos, la utilización de los factores de producción y los patrones de consumo. La MTCA ofrece retos intrínsecos para su supervisión, dada su conexión con los mercados informales, muy extendidos en los países de ingresos bajos y medios. Se requiere un enfoque basado en la neutralidad institucional para dar seguimiento a la MTCA, a fin de asegurar la comparabilidad internacional. Hay una gran diversidad dentro de esta categoría, y continuamente emergen nuevas prácticas. Las diferencias en la prestación de servicios de la MTCA entre países complica el rastreo de la información comparable. Los tipos más comunes son:

- Sistemas de salud alternativos; entre los cuales los más conocidos son la acupuntura, la homeopatía, la quiropráctica y la osteopatía;
- Terapias complementarias; como la técnica Alexander, aromaterapia, terapia con las flores de Bach y con otras flores, terapia corporal, Ayurveda, plantas medicinales, naturopatía, terapia de la nutrición, yoga, terapias de spa;
- Disciplinas alternativas, como la cristalterapia, iridología, kinesiología y radiónica;
- Prácticas espirituales y esotéricas.

La diferencia entre los sistemas de medicina tradicional y las terapias de medicina tradicional está en que su alcance es más exhaustivo. Por ejemplo, la medicina tradicional china es un sistema que incluye el uso de terapias tradicionales como agujas, plantas medicinales, tuina, etc. La quiropráctica es un sistema en sí mismo, que puede incluir terapias de manipulación de articulaciones, terapia de la nutrición y ejercicios. Las plantas medicinales, por otra parte, son un componente terapéutico de cualquier sistema, cuando los profesionales tienen la suficiente formación.

El componente espiritual y esotérico de las prácticas astrológicas y religiosas pertenecen a la esfera holística individual, en la que los conocimientos de salud son difíciles de identificar y aislar de otros propósitos. Por ejemplo, las prácticas espirituales y esotéricas para conseguir un determinado estado de bienestar, el desarrollo espiritual y mejora en el terreno social, deportivo o educativo. Por tanto, aunque entran dentro del ámbito de la MTCA, las prácticas espirituales y esotéricas no forman parte de los componentes de salud. Algunas terapias como el yoga, también se pueden consumir para lograr un determinado bienestar, en cuyo caso quedan fuera de los límites del gasto en salud (véase capítulo 3).

Los objetivos de los servicios prestados dentro de la MTCA son similares a los de la práctica alopática:

²¹ Ejemplos de MTCA: Acupuntura, Ayurveda, Quiropráctica, Plantas medicinales, Homeopatía, Naturopatía, Osteopatía, Medicina tradicional africana (Muti, Yoruba Ifa), Medicina tradicional china (Tuina, Unani), Shiatsu, Intervención mente-cuerpo, Terapia basada en la biología, métodos basados en el cuerpo y manipulaciones, Terapia de la energía. Entre las terapias cabe citar también el Qi Gong, Tai ji, Terapia termal, Yoga, Terapia magnética, Reiki, Imposición terapéutica de las manos, Aromaterapia, Arteterapia y musicoterapia, Biofeedback, Hipnosis, Meditación, Imaginería mental, Rezos, Sanación espiritual.

- Preventivos, curativos, de rehabilitación y mantenimiento;
- Diagnósticos, quirúrgicos y prescriptivos.

Los productos no alopáticos incluyen una gran variedad de productos que se pueden adquirir durante el proceso de tratamiento en tiendas, tanto especializadas como no especializadas (OMS, 2005):

- Tipos de plantas medicinales;
- Prescripción de medicamentos – medicamentos que solo se pueden vender si han sido recetados por un médico o farmacéutico autorizado;
- Medicamentos de venta libre: medicamentos que se pueden adquirir con o sin receta pero que se han adquirido de forma independiente;
- Complementos dietéticos: productos para aumentar la ingesta diaria total de un concentrado, metabolito, constituyente, extracto o combinado de estos ingredientes. Una sustancia que contiene, por ejemplo, una vitamina, un mineral, una planta o un aminoácido;
- Alimentos sanos: Un alimento que se cree que tiene un efecto benéfico para la salud, en especial un alimento que se ha cultivado orgánicamente o sin aditivos químicos. Se reglamenta de forma diferente a los demás alimentos;
- Alimentos funcionales: Alimentos o ingredientes alimentarios que se ha demostrado afectan a funciones o sistemas específicos del cuerpo (por ejemplo, el yogur que aumenta la flora intestinal).

El principal propósito de los alimentos, tanto los sanos como los funcionales, es la alimentación, lo cual los sitúa fuera de lo que se considera salud.

La MTCA es el eje central de muchos sistemas que tratan con la salud a través de aumentar la energía, más que tratar cada enfermedad de forma individual, por lo que es difícil definir un límite entre salud y bienestar. Este problema no es exclusivo de este tipo de medicina, sino también existe en la medicina alopática (por ejemplo, los consejos en cuanto a la dieta y el ejercicio físico en el campo cardiovascular pueden ser difícil de aislar y notificar).

Aunque el objetivo de la MTCA es el mismo en principio que el de la medicina alopática, en la práctica es difícil poder separar algunos componentes según el propósito del consumo, como por ejemplo el estado de bienestar en el caso del yoga, o los objetivos de alimentación en el caso de los alimentos. Es complicado poder medir estos componentes. En muchos países la MTCA está integrada en la medicina alopática. Si no existen registros específicos, no se puede identificar ni contabilizar. El SHA 1.0 recomienda excluir las intervenciones de salud no certificadas o ilegales (SHA 1.0 párrafo 5.15). El estigma social y regulador subyacente en las encuestas y registros administrativos debería ir desapareciendo poco a poco, para poder establecer más comparaciones y reducir el “vacío estadístico”. Para resumir, el límite entre la MTCA y la medicina alopática no es fácil de fijar y en la práctica se puede establecer según convenciones nacionales.

Los recursos necesarios para producir estimados de MTC son importantes. Entre los criterios para conseguir una contabilidad más justa cabe citar:

- *Efectividad*. Hasta el momento, no se han evaluado del todo los beneficios de la

MTCA con métodos basados en evidencia que puedan ser aceptados universalmente. Pero también es cierto que los procedimientos de la medicina alopática continúan careciendo de una evaluación válida de la tecnología utilizada. Pero además, las cuentas de la salud no pretenden medir la influencia en el estado de bienestar de las personas, ni tampoco la efectividad de los servicios de salud. Por tanto, el criterio de la efectividad no es válido para clasificar la MTCA.

- *Provisión.* Aunque la MTCA tiene el mismo objetivo que la medicina alopática, la tecnología utilizada es diferente. Los profesionales también tienen calificaciones diferentes. Por tanto, un análisis por proveedor (público y privado) también sería adecuado que incluyera el gasto en MTCA. Una dificultad ya identificada es la cohabitación de la MTCA y la medicina alopática, lo que dificulta su distinción. Los hospitales pueden tener una sección específica de MTCA, o los servicios se pueden combinar con la prestación de servicios alopáticos. En los centros ambulatorios puede ocurrir lo mismo. La prestación directa de servicios ministeriales puede combinar servicios alopáticos y no alopáticos. Por tanto, en los países donde coexisten los dos tipos de medicina, puede ser mejor asignar el gasto a profesionales específicos en vez de a establecimientos. Ya se ha comentado que habría que reflejar este punto en la clasificación, para tener información por ejemplo sobre las personas que ayudan en los partos tradicionales. Esta categoría se podría reflejar en la clasificación de los proveedores de salud.
- *Calificaciones.* En muchas profesiones de la MTCA se han establecido unos niveles mínimos de formación, que muchas escuelas de MTCA no puede cumplir por la escasez de recursos.²² A pesar de la falta de titulación, estos servicios están aumentando y son cada vez más aceptados socialmente y los programas de salud amplían la cobertura de servicios para incluir las intervenciones específicas de estos profesionales.
- *Registro y legislación.* En 2010, las dos terceras partes aproximadamente de los países miembro de la OMS no tenían una política específica sobre MTCA, aunque en la mitad de dichos países se estaban elaborando normas. Los procedimientos para registrar a los proveedores de MTCA son los mismos que para los profesionales de la medicina alopática²³.
- *Registro de los productos de la MTCA.* También se puede crear un registro de productos. En la mayoría de los países las leyes y las normas son las mismas o muy similares que para los productos farmacéuticos convencionales, pero aún no se han elaborado con respecto a la alimentación funcional, alimentación sana y plantas medicinales. Por ejemplo, en Sudáfrica, se ha elaborado un listado de productos por especialidades técnicas que representan cada una de las modalidades de medicina complementaria. Todas las sustancias que hayan sido

²² Por ejemplo, dentro de los quiroprácticos, de las cientos de escuelas que forman a estos profesionales, solo 34 cumplen los niveles mínimos de las Directrices de la OMS en cuanto a formación básica y seguridad en los quiroprácticos (OMS, 2005c).

²³ En Sudáfrica, un profesional de la salud debe haber realizado una formación mínima en un centro acreditado por el Departamento de Salud (MdP). De los 190.000 profesionales de la medicina tradicional, en 2007 había aproximadamente 3.600 registrados en Allied Health Care Professionals (Gqaleni y col., 2007).

rigurosamente comprobadas en términos de seguridad y efectividad en otras partes del mundo, no tienen que volver a pasar nuevos ensayos en este país. Siempre que un producto contenga sustancias de una farmacopea aceptada, en dosis seguras, el producto pasará unos ensayos para comprobar que se han utilizado buenos procedimientos de fabricación y para verificar su contenido (Robienson y Zhang, 2011a).²⁴

- *El modo de financiamiento* no debe condicionar la inclusión de la MTCA. Los esquemas de financiamiento y los pagos en la MTCA no son diferentes de los de la medicina alopática. Las prácticas actuales de notificación ya incluyen estas categorías en la mayor parte de los países sin ningún marcador específico. Por ejemplo, los reembolsan parcialmente los sistemas de seguros públicos y privados y se notifica el agregado de dichos sistemas. La acupuntura, los tratamientos de spa y la quiropráctica son los más comunes.
- *La disponibilidad de información* no es un criterio para incluir o excluir la MTCA. Las encuestas a los hogares en muchos países incluyen preguntas sobre los tipos de consumo y son parte de los pagos directos o de bolsillo. La CCIF (clasificación de consumo individual por finalidad) la incluye de forma explícita en la atención ambulatoria (categoría CCIF 06.2.3 – Servicios paramédicos)²⁵. En muchos países, los pagos de los hogares también comprenden transacciones en especie para las que no se ha establecido un sistema de registro. Los criterios de valoración tienen que ser explícitos.

Un sistema de clasificación de las MTCA. Aunque algunos servicios hay que

Tabla 5.3 **MTCA como partidas de notificación en HC.RI.2**

HC.RI.2	Medicinas Tradicionales, Complementarias y Alternativas (MTCA)
HC.RI.2 .1	MTCA con internamiento
HC.RI.2 .2	MTCA ambulatoria y domiciliaria
HC.RI.2 .3	Bienes de MTCA

clasificarlos en la categoría²⁶ Partidas de notificación (PN), se podría crear otra categoría . La tabla 5.3 muestra un agregado de categorías principales por MdP y productos de MTCA.

HC.RI.3. Prevención y servicios de salud pública (según SHA 1.0)

El contenido de HC.6 Prevención y servicios de salud pública en el SHA 1.0 estaba organizado por tipo de programa, grupo de beneficiarios o entorno del consumo. Los principales problemas identificados son: a) un posible solapamiento de las

²⁴ Hasta el momento, se estima que en Sudáfrica existen aproximadamente 25,000 medicinas complementarias, incluida la medicina tradicional, que se han presentado a registro. El mercado global de productos de MTCA se ha calculado que rondaba los 83.000 millones de dólares americanos en 2008.

²⁵ En Estados Unidos, por ejemplo, 83 millones de personas adultas, gastaron 33.9 mil millones de dólares con dinero de su bolsillo en MTCA, lo que representó el 11,2% del gasto total directo en salud en 2007 (NIH, 2009).

²⁶ Los países donde esta práctica se notifica, como Indonesia, incluyen un agregado para atención de la medicina moderna y otra para la tradicional. Véanse estadísticas de Indonesia (2007, pp 133).

categorías dependiendo de la estructura del programa de los países, b) la inclusión de algunos servicios curativos, excluyendo algunos preventivos notificados en HC.R 3 y HC.R 4, c) la exclusión de algunos servicios de prevención como los adoptados por iniciativa individual, d) algunos componentes de prevención difíciles de separar de los de administración, e) los bancos de sangre se notificaban como servicios de salud pública.

La clasificación en el SHA 2011 incluye los siguientes cambios: a) se organiza por tipo de servicio, b) se centra en la prevención, para poder fijar mejor el límite, c) se excluye la atención curativa por iniciativa propia y se notifica en HC.1, d) se integran algunos componentes de prevención de la salud cuya descripción no estaba clara y se asignaban en HC.R.3 y HC.R.4, e) los bancos de sangre se consideran un servicio auxiliar, complementario a la atención preventiva, curativa o de rehabilitación. El principal obstáculo para notificar la prevención integrada en los servicios curativos, de rehabilitación o ALD es la falta de registros adecuados. Por tanto, una definición clara no es todavía suficiente para garantizar una categoría exhaustiva de prevención.

Por ello, en principio la cifra notificada en prevención sigue siendo parecida aunque diferente a la del SHA 1.0. Se conserva pues la clasificación del SHA 1.0, la que se espera mejorar poco a poco en el futuro. A ese fin, la partida notificación (HC.RI.3) es igual a HC.6 en el SHA 1.0, y entra dentro del límite de salud. La propuesta es mantenerla como tal y fomentar una práctica de notificación continua, sobre todo durante el período de transición al SHA 2011 (véase tabla 5.2 un mapa de estas categorías)

Las clases HC.RI muestran los códigos y el contenido equivalentes al SHA 1.0.

HC.RI.3.1 Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consejería (según SHA 1.0)

La salud materno-infantil cubre una amplia variedad de servicios de salud, como asesoría genética y prevención de anomalías congénitas específicas, atención médica pre y posnatal, atención del recién nacido, salud infantil, niños en edad preescolar y escolarizados y vacunaciones.

HC.RI.3.2 Servicios de salud escolar (según SHA 1.0)

Esta categoría abarca una serie de servicios de educación en salud y prevención de enfermedades (por ejemplo, en el ámbito odontológico) y la promoción de condiciones y modos de vida saludables, prestados en el ámbito escolar. Incluye los tratamientos médicos básicos si forman parte integrante de la función de salud pública; por ejemplo, tratamientos dentales.

- *Incluye:* medidas contra el consumo de tabaco, alcohol y sustancias tóxicas.
- *Excluye:* programas de vacunación (HC.6.1).

HC.RI.3.3 Prevención de enfermedades transmisibles (según SHA 1.0)

Esta categoría incluye la notificación y registro obligatorios de ciertas enfermedades transmisibles y la investigación epidemiológica de las mismas; identificación de los posibles contactos y el origen de la enfermedad; prevención y control de la tuberculosis (incluido el estudio diagnóstico sistemático de los

grupos de alto riesgo); programas de inmunización y vacunación (obligatorios y voluntarios); vacunaciones en el contexto de la atención materno-infantil.

- **Excluye:** vacunación en el marco de la medicina ocupacional (HC.6.1); vacunación para viajes y turismo por propia iniciativa del paciente (HC.6.1).

HC.RI.3.4 Prevención de enfermedades no transmisibles (según el SHA 1.0)

Esta categoría comprende servicios de salud pública que involucran la educación en salud, la prevención de enfermedades y la promoción de condiciones y modos de vida saludables, tales como los servicios prestados por los centros de vigilancia y control de enfermedades y los programas de prevención de riesgos y mejora de la salud de la población, incluso cuando no están orientados específicamente a las enfermedades transmisibles.

- **Incluye:** medidas contra el consumo de tabaco, alcohol y sustancias tóxicas, como las campañas contra el tabaco; actividades de trabajadores sociales; servicios de grupos de autoayuda; educación general en salud e información de salud pública; campañas de educación para la salud; campañas en favor de modos de vida saludables, sexo seguro, etc.; intercambio de información, por ejemplo, sobre alcoholismo o drogadicción.
- **Excluye:** vigilancia ambiental de salud pública e información pública sobre las condiciones ambientales.

HC.RI.3.5 Salud ocupacional (según el SHA 1.0)

La salud ocupacional abarca una serie de servicios de salud, como vigilancia de la salud de los empleados (chequeos médicos sistemáticos) y cuidados terapéuticos (incluidos servicios de salud de emergencia) dentro o fuera de las instalaciones de la empresa (incluidas administraciones públicas e instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares). No obstante, quedan excluidos los servicios y productos sanitarios brindados como remuneración en especie, que constituyen consumo final efectivo de los hogares, en vez de consumo intermedio de la empresa.

HC.RI.3.6 Todos los demás servicios de salud pública (según el SHA 1.0)

Esta categoría comprende una serie de servicios misceláneos de salud pública, como el funcionamiento y la gestión de los bancos de sangre y de órganos, y la preparación y difusión de información sobre asuntos de salud pública no clasificados en otra parte.

- **Incluye:** vigilancia ambiental de salud pública e información pública sobre las condiciones ambientales.

HCR Categorías relacionadas con la salud

HCR.1 Atención de larga duración (social)

Esta categoría comprende el gasto de servicios de asistencia social de nivel inferior para ayudar en las actividades instrumentales de la vida diaria (ayuda domiciliaria, comidas, transporte, centros de día, etc.). Como los componentes de la salud de larga duración se incluyen en HC.3, los componentes sociales

complementarios se recogen en la categoría relacionada con la salud, que se divide en especie y en efectivo. Los componentes de salud y asistencia social, HC.3 y HC.R.1 se pueden sumar para obtener un valor total de la atención de larga duración (ALD). El componente social de la ALD se puede prestar y remunerar dentro de un paquete de servicios junto con los servicios de enfermería de larga duración y el servicio de cuidados personales. Si estos últimos servicios no se pudieran contabilizar de forma separada y no fueran el componente dominante del conjunto de servicios, se deben incluir en HC.3. En caso contrario, todo el conjunto se incluye en HC.R.1: Atención de larga duración (social).

- Incluye: Las subvenciones a los servicios residenciales (así como el gasto en alojamiento) en establecimientos con asistencia u otro tipo de alojamiento protegido para personas con limitaciones funcionales (así como servicios residenciales para personas con retrasos mentales, enfermedades mentales o problemas de adicción y hogares para personas con discapacidades mentales y físicas); servicios de limpieza, sociales y cuidados de día de las personas dependientes; transporte a los hospitales de día y servicios sociales similares para las personas con limitaciones funcionales.
- Excluye: Todos los servicios cuya atención sea predominantemente de larga duración y de atención individual, que se incluyen en la función HC.3: Atención de larga duración (salud). También se excluyen los servicios de vigilancia de las personas con déficits mentales como los pacientes con demencia; médicos o servicios de valoración, manejo de casos y coordinación entre salud y atención de larga duración (que se incluyen en HC.3).
- Excluye también: Las escuelas especiales para las personas con discapacidades y la rehabilitación profesional.

HCR.1.1 Atención de larga duración en especie. Esta categoría comprende los servicios sociales de larga duración en especie a personas con problemas de salud y limitaciones funcionales o impedimentos en las que el objetivo principal es la vida independiente y la reinserción social.

HCR.1.2. Atención de larga duración con prestaciones en efectivo. Esta categoría comprende las prestaciones sociales en efectivo de larga duración en forma de transferencias a personas y hogares. Comprende sobre todo los servicios sociales no formales que prestan los miembros de la familia o la remuneración a los proveedores de los servicios sociales que ayudan en las actividades instrumentales de la vida diaria. No incluye las prestaciones en efectivo para complementar ingresos en caso de enfermedad o discapacidad, tales como los pagos por licencias de enfermedad o la protección del ingreso en caso de discapacidad (que no sea las pensiones por discapacidad de las personas en edades superiores a la de jubilación).

HCR.2 Promoción de la salud con un modelo multisectorial

La salud es el resultado de la interacción de una amplia variedad de determinantes. Para mejorar los resultados de salud, son necesarias medidas a nivel del sistema de salud, así como intervenciones globales geopolíticas,

socioeconómicas, informativas, tecnológicas y climáticas. Se busca lograr una cobertura exhaustiva de promoción de la salud, mediante la inclusión del gasto total en los servicios de distintos sectores y participantes, así como en los programas, que pueden ser importantes desde el punto de vista político. En la mayoría de los casos, el modelo multisectorial tiene intereses en común y el gasto que puede beneficiar los servicios de salud también puede beneficiar a otras funciones sociales. El objetivo de disponer de una medida multisectorial compensa los límites restringidos del gasto en salud, ya que permite la rendición de cuentas sobre los recursos destinados a la promoción de la salud que subyacen en el sistema de salud más lo que se encuentran fuera de él.

El propósito de esta categoría es contabilizar los recursos dedicados a la promoción de la salud, que están fuera del límite del gasto en salud, pero que obviamente poseen un interés claro por la salud.

HCR. 2.1 Control de alimentos y agua potable

Esta categoría comprende un conjunto diverso de actividades con un interés de salud colectiva, como la inspección y gestión de reglamentos de salud de varias industrias, sobre todo las de alimentación y agua para el consumo humano. El alcance del contenido puede variar según las prácticas y necesidades de cada país. Un ejemplo es el control del agua potable y de los alimentos en el proceso de producción y distribución de los mismos. El gasto que se tiene que incluir puede ser el de comunicación con los responsables técnicos de salud externos al Ministerio de Salud y las medidas conjuntas con otras agencias para promover la salud, después de haber comprobado que existen riesgos en cuanto a la seguridad del agua y los alimentos²⁷.

- *Incluye:* medidas de seguridad alimentaria y de consumo de agua, como las intervenciones agroalimentarias para evitar la contaminación toxicológica de alimentos y agua que van a ser utilizados por la población con fines nutritivos, mejorando la calidad de las medidas de control para la generación y distribución de los alimentos y del agua.
- *Excluye:* el gasto en normas directas sobre la salud (HC.7), así como los componentes de los programas de control y vigilancia, como el control de calidad realizado por los laboratorios de públicos de salud (HC.6.2 en SHA 1.0).

HCR. 2.2 Medidas ambientales (excluidas las relativas al agua potable y los alimentos)

Esta categoría comprende una serie de medidas de control ambiental con el objetivo específico de la salud pública, como por ejemplo la eliminación de residuos (las medidas de seguridad conectadas a estos servicios), eliminación de las aguas residuales (medidas de seguridad y normas de calidad), reducción de la contaminación (prevención, supervisión, reducción y control del ruido y la

²⁷ Véase como ejemplo el caso de la Unión Europea en <http://efsa.eu.int> y la Oficina regional de la OMS para Europa: www.who.dk/Nutrition y "Alimentos y sanidad en Europa: Nueva base para la acción" [who.dk/eprise/main/who/progs/FOS/Home](http://www.who.dk/eprise/main/who/progs/FOS/Home).

contaminación atmosférica, masas de agua y tierra), IyD en protección ambiental (IyD en asuntos de salud pública de la protección del medio ambiente).

Se puede crear una subcategoría para contabilizar el gasto en asuntos ambientales relacionados con el sistema de salud, como la destrucción de artículos nucleares, equipos y productos peligrosos.

- *Excluye:* El gasto en la regulación directa relativa a la salud ambiental (HC.7), así como el monitoreo y la evaluación de los componentes de los programas, como el control de los contaminantes orgánicos persistentes en la leche materna en zonas geográficas de riesgo, que realizan los laboratorios de salud pública (HC.6.2).

HC.R.2.3 Otros tipos de promoción de la salud con un enfoque multisectorial

En esta categoría se recoge el gasto que tenga un fuerte componente de interés para la salud pública, pero que no necesariamente sea parte del límite de la contabilidad en salud: es el caso del control del tabaco, en el que hay intervenciones que no entran en el terreno de la salud, así como de la seguridad vial, que tiene un interés claro de prevención de lesiones por accidentes, pero cuyo principal interés está en el sector del transporte y otras ramas de actividad. Sería aconsejable que cada uno de estos componentes tuviera una etiqueta o denominación y la información relativa a los mismos estuviera documentada en los metadatos, para poder facilitar las comparaciones entre países.

Las intervenciones en áreas tan amplias requieren un planteamiento sistemático: fortalecer los sistemas de vigilancia, mejorar la evaluación del riesgo, evaluar las nuevas tecnologías en cuanto a seguridad y reducción de riesgos, mejorar la comunicación y asesoramiento sobre los riesgos, mejorar el papel del sistema de salud en la coordinación con otros participantes y mejorar la cooperación nacional e internacional.

Se propone desglosar esta categoría por tipo de riesgo:

- Comportamiento individual
- Riesgos en el hogar
- Riesgos en el colegio
- Riesgos en el lugar de trabajo
- Riesgos en carretera
- Riesgos urbanos

PARTE I

Capítulo 6

**Clasificación de los Proveedores
de Servicios de Salud (ICHA-HP)**

Introducción

Los proveedores de salud comprende un grupo de **organizaciones y actores cuya actividad principal es la entrega de bienes y servicios de salud, así como otro grupo para el cual la prestación de servicios de salud es sólo una parte de las actividades que realizan**. Dichos proveedores poseen diferentes estructuras legales, contables, organizativas y operativas. Sin embargo, a pesar de las grandes diferencias existentes en cuanto a la forma en que están organizados los servicios de salud, existe un conjunto común de modelos y tecnologías que todos los sistemas de salud comparten y que sirve para estructurarlos. La clasificación de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP) sirve para clasificar todas las organizaciones que prestan dichos bienes y servicios, colocando los proveedores específicos de cada país en categorías internacionales comunes.

La actividad principal es el criterio básico para clasificar los proveedores. Esto no significa, sin embargo, que los proveedores incluidos en la misma categoría realicen exactamente el mismo conjunto de actividades. Los hospitales, que son los proveedores más importantes de servicios de salud, no sólo ofrecen servicios a los pacientes hospitalizados, sino que, dependiendo de las características específicas de cada país, pueden prestar también servicios ambulatorios, de rehabilitación y atención de larga duración. A efectos de comparaciones internacionales, la clasificación ICHA-HP tiene dos ventajas: la primera, su conexión con la clasificación funcional, a través de la cual es posible ver los diferentes escenarios donde se prestan los servicios de salud de cada país; y la segunda, su relación con la clasificación de financiamiento, que esclarece los distintos mecanismos de financiamiento en los países.

Este capítulo presenta la clasificación de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP) y describe sus principales componentes. Rastrea el gasto por proveedor a fin de responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es la estructura organizativa característica de la prestación de servicios de salud en un país? Junto con la clasificación funcional de servicios de salud (ICHA-HC) y la clasificación de los esquemas de financiamiento (ICHA-HF), la clasificación de proveedores conforma el marco contable central de las cuentas de salud.

Conceptualización de la clasificación de proveedores de servicios de salud

Objetivos

El principal objetivo de la clasificación de proveedores de servicios de salud es ser exhaustiva y completa, lo que significa incluir todas las organizaciones y actores involucrados en la provisión de bienes y servicios de salud. En segundo lugar, todos los proveedores tienen que estar integrados en categorías que permitan la vinculación con las estructuras correspondientes a las funciones de salud (HC)

y al financiamiento (HF). En tercer lugar, la clasificación tiene que estar descrita de forma tal que permita a los productores y usuarios de los datos, identificar el lugar donde habrán de clasificarse las organizaciones y participantes nacionales, dentro de las categorías HP.

La clasificación de proveedores de servicios de salud en el SHA 1.0 utiliza como modelo el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN)¹. La clasificación en el SHA 2011 utiliza como modelo el SHA 1.0 con algunas modificaciones, introducidas gracias a las experiencias en algunos países en la aplicación del SHA por una parte y las recomendaciones de la Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU Rev. 4) por otra. Ambos factores reflejan la evolución de la prestación de servicios de salud, contribuyen a una mejor capacidad de comparación con otras clasificaciones nacionales e internacionales y conservan la continuidad con la anterior versión del SHA.

El universo de proveedores de servicios de salud

La expresión exhaustiva con respecto a la clasificación de proveedores de servicios de salud implica que la misma debe abarcar todas las organizaciones en el campo de interés. La expresión completa, por su parte, significa que se deben incluir todas las actividades relacionadas con el tema, con independencia del tipo de organización. Por tanto, dado que muchas organizaciones en la economía de un país pueden prestar algún servicio de salud, la clasificación de proveedores debe ser capaz de incluirlas a todas, con independencia de si la salud es su actividad principal o secundaria.

Los proveedores primarios son aquellos cuya actividad principal es la prestación de bienes y servicios de salud definidos en la clasificación funcional central (ICHA-HC). Por lo general, estos proveedores primarios son las oficinas de consultas de médicos generales o de especialistas, ambulancias para servicios de emergencia, hospitales psiquiátricos y de agudos, centros de salud, laboratorios, residencias asistidas, farmacias, etc. Dentro de la clasificación ICHA-HP, los proveedores de servicios primarios de salud se agrupan en seis categorías (HP.1 – HP.6).² Los proveedores secundarios son aquellos que prestan servicios de salud en adición a su actividad principal, la cual es posible que esté relacionada o no con la salud. Como ejemplos de proveedores secundarios cabe citar: establecimientos de atención residencial, cuya actividad principal es el alojamiento, pero además prestan servicios sociales en adición a la atención de enfermería que constituye una atención secundaria; los supermercados que venden productos farmacéuticos de venta libre; o los establecimientos o profesionales de salud que prestan servicios a un grupo limitado de población, como en el caso de los servicios de medicina ocupacional domiciliaria para empleados, o los servicios de salud en instituciones penitenciarias (HP.8.2).

¹ SCIAN, a diferencia de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) o NACE, adopta un modelo enfocado en la producción en el que los límites entre las ramas de actividad marcan las diferencias en procesos de producción y tecnologías de producción.

² Algunas categorías, como las residencias asistidas, pueden prestar servicios de enfermería además de servicios sociales u ofrecer otros servicios de tipo social como actividades secundarias. Como estos servicios quedan fuera del límite de lo que se considera servicios de salud, deben ser identificados y clasificados cruzándolos con las funciones relacionadas con la salud, cuando corresponda.

Hay dos categorías especiales de proveedores secundarios: i) Proveedores de administración y financiamiento de los servicios de salud (HP.7), y ii) Hogares como proveedores de atención domiciliaria (HP.8.1). Los primeros desempeñan una función muy importante de gobernanza y administración de los sistemas de salud, desempeñando un servicio colectivo relacionado con la prestación de servicios de salud y de financiamiento (por ejemplo, las actividades del Ministerio de Salud)³. Los últimos prestan servicios de atención domiciliaria directamente a los miembros de la familia. El alcance de las actividades en estas dos categorías se define por la clasificación funcional y entra en el límite de gasto en salud según las circunstancias y criterios propuestos (véase capítulos 4 y 5). Según la clasificación ICHA-HP, todos los proveedores secundarios de salud, que presten bienes y servicios directamente a los consumidores (ya sean personas o grupos de población), a efectos de su consumo final, se clasifican en dos categorías (HP.7 y HP.8, salvo la partida HP.8.9).

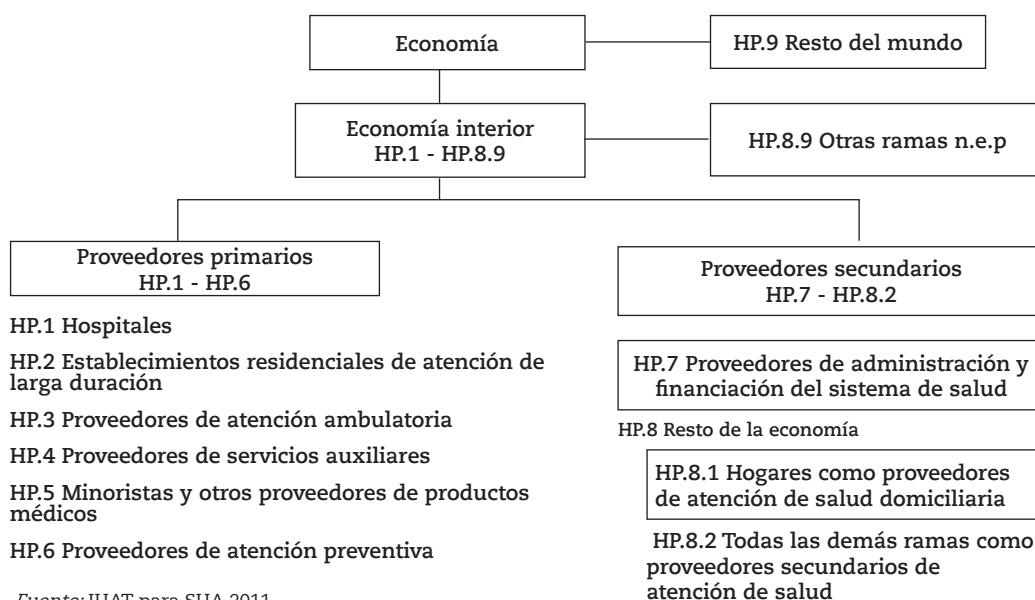
Para poder completar esta imagen, aquellas ramas de actividad que desarrollen actividades relacionadas con la salud pero que no presten bienes y servicios de salud directamente a los pacientes (bien como actividad principal o secundaria) se pueden incluir en la categoría HP.8.9 Otras ramas de actividad n.e.p. Hay dos razones por las que se introduce esta subcategoría, que incluye ramas de actividad que quedan fuera del conjunto de proveedores de servicios de salud. En primer lugar, permite clasificar los establecimientos que prestan servicios relacionados con la salud, según los define la clasificación funcional, por ejemplo, la asistencia social de larga duración y la promoción de la salud de carácter multisectorial. En segundo lugar, permite relacionar la clasificación de proveedores con las clasificaciones del marco contable ampliado, sobre todo con la cuenta de capital. Por tanto, las ramas de actividad que se encargan del suministro de equipos médicos, investigación y desarrollo de la salud, o de la formación y enseñanza de los profesionales de salud se pueden registrar en HP.8.9 Otras ramas de actividad n.e.p.161.⁴

El gráfico 6.1 es un resumen de proveedores primarios y secundarios según recoge ICHA-HP.

El SHA se centra en el consumo final (véase capítulo 3) de bienes y servicios de salud por parte de los residentes. Este enfoque tiene consecuencias, tanto para la recopilación de los datos, como para la clasificación de proveedores. En primer lugar, limita el conjunto de proveedores de servicios de salud a los que prestan bienes y servicios de salud directamente a los consumidores. Por ello, no se tienen en cuenta los productores de bienes intermedios para la salud, como puedan ser líquidos para las diálisis que se transforman o utilizan en la prestación de servicios (a menos que también suministren productos directamente a los pacientes, por ejemplo para hacer las diálisis en casa). En segundo lugar, se excluyen los bienes y servicios de salud consumidos por los no residentes y se incluyen los consumidos

³ En algunos países, el Ministerio de Salud o el seguro de salud puede prestar directamente a los pacientes o a la población, algunos bienes y servicios de salud definidos funcionalmente, además de realizar sus actividades de gobernanza y financiamiento.

⁴ Véanse partidas de notificación en la tabla 11.2 “Cuenta de capital”, para cruzar la clasificación de proveedores de salud con la clasificación de agentes de financiamiento.

Gráfico 6.1 **Resumen de los proveedores primarios y secundarios en la ICHA-HP**

en el extranjero por los residentes⁵. Por tanto, si un minorista de bienes médicos o un profesional de la salud presta su servicio sólo a los no residentes, no se incluye como proveedor de servicios de salud. Por otra parte, deberían incluirse los proveedores de servicios de salud en el extranjero que presten sus servicios a pacientes residentes. Por ello, además de los proveedores de servicios salud en el país, la clasificación debe incluir una partida para los proveedores de servicios en el extranjero, registrados en la categoría Resto del mundo (HP.9).

Estructura de proveedores de servicios de salud

Las categorías de la clasificación de proveedores deben ser mutuamente excluyentes. En consecuencia, la clasificación de proveedores de servicios de salud trata de estructurarlos en grupos homogéneos, asegurando al mismo tiempo la heterogeneidad entre las categorías. El criterio tipo de actividad es pertinente cuando los proveedores se agrupan dentro de determinadas categorías de la clasificación HP. Cuando se clasifique un agente u organización, la primera pregunta debería ser: ¿presta la unidad económica un servicio de salud? Si la respuesta es afirmativa, el paso siguiente es identificar sus principales características. Esto puede derivarse de las actividades que realiza, o por los requisitos legales necesarios para poder realizarlas. Ejemplos son las normas que tienen que cumplir los hospitales para poder prestar servicios de internamiento. La mayor parte de los países mantienen registros de proveedores de servicios de salud para garantizar que cumplen determinados requisitos de calidad. Dichos requisitos también se exigen para los

⁵ El gasto en bienes y servicios de salud por población residente (consumo) no debe ser igual a las ventas totales (producción) de los proveedores de salud. Una razón es porque los productos de salud los prestan no residentes (exportaciones). Otra razón podría ser que algunos servicios no cumplen los criterios de bienes y servicios de salud, como en el caso de la asistencia social. Para mantener la coherencia con las otras dos clasificaciones centrales de las cuentas de salud, hay que separar el gasto relativo a las exportaciones y la producción que no es de salud.

profesionales médicos, los equipos y la tecnología, así como para otros factores, como por ejemplo los sistemas sanitarios. Los registros son la fuente principal de información que sirven para estructurar los proveedores primarios en categorías del SHA.

En general, una de las condiciones previas para clasificar los proveedores de servicios de salud en proveedores primarios y secundarios es poder diferenciar las actividades de salud y no de salud que prestan. Luego se adopta un enfoque funcional, para poder cuantificar las que entran dentro de los límites del SHA. En lo que se refiere a las actividades de salud realizadas, las reglas operativas se basan en la NACE Rev.2 (Eurostat, 2008a) y la CIIU Rev.4 (NU, 2008a) y se resumen como sigue:

- Una organización que produce servicios de salud y en cuya producción más del 50% del valor agregado proviene de actividades de salud, debe clasificarse en una de las categorías HP.1 – HP.6 – basada en el tipo de su principal actividad de salud;
- Las que están por debajo del 50%, se clasifican en HP.8.2, que incluye todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de salud.

Si no se conoce el valor agregado, CIIU/NACE propone utilizar otros criterios relacionados ya sea con la producción o con los insumos, para sustituir el valor agregado, como por ejemplo:

- Criterios relacionados con la producción, como el valor de la producción o la facturación de bienes y servicios asociados a cada actividad. Ejemplos son la parte de los ingresos de los hospitales correspondientes a la venta de servicios de internamiento y ambulatorios.
- Criterios relacionados con los insumos, como los sueldos y salarios u las horas trabajadas atribuibles a diferentes actividades; o empleo según la proporción de personal contratado para realizar diferentes actividades en la unidad. Ejemplos son proporción de horas trabajadas en los departamentos que se dedican al internamiento o a la atención ambulatoria.

Para incluir o excluir determinadas actividades, se toma como referencia la clasificación funcional de salud (ICHA-HC). Dicha clasificación delimita el tipo de bienes y servicios que se pueden considerar de salud, para poder comparar los datos internacionales. En la clasificación funcional, estos bienes y servicios de salud se estructuran en grupos agregados de funciones. Algunos pueden estar directamente dirigidos a personas, como por ejemplo los servicios curativos o de rehabilitación, mientras que otros, como los programas de prevención o la administración del sistema de salud, van dirigidos a la sociedad en su conjunto. Las funciones de salud individual se clasifican además por modo de provisión (internamiento, atención de día, ambulatoria y domiciliaria). El modo de provisión subraya la organización técnica y de gestión de la prestación de servicios de salud. De manera conjunta, los tipos de función y su modo de provisión, al referirse a determinadas características de los bienes y servicios de salud prestados, sirven de directriz para estructurar la clasificación de HP y para clasificar diversos proveedores nacionales de servicios de salud en categorías más homogéneas. Por ejemplo, proveedores como hospitales o residencias asistidas de larga duración, prestan servicios de internamiento como actividad principal, pero son diferentes en lo que se refiere a la intensidad de la atención (aguda frente a de enfermería), el personal médico empleado (médicos

especialistas frente a personal de enfermería) y apoyo tecnológico (quirófanos frente a salas asistidas).

La interrelación entre la clasificación funcional y la clasificación por proveedores requiere que esta última sea completa, en el sentido de que todas las funciones incluidas las tienen que realizar los proveedores. Esto implica, por ejemplo, que la atención de enfermería domiciliaria de larga duración, que la puede prestar un personal de enfermería, o en determinados casos miembros de la familia, tiene que aparecer en la clasificación de proveedores. Por tanto, aunque la actividad principal de los hogares es el consumo, más que la prestación de un servicio de salud, los hogares se identifican como una categoría especial de proveedores secundarios de bienes y servicios de salud (HP.8.1). Otro ejemplo es el de la función de gobernanza, gestión y administración del sistema de salud. Aunque el propósito primario de estas actividades no es la prestación de bienes y servicios de salud directamente a los pacientes, su función para conseguir estos objetivos no se puede pasar por alto. De esta forma, el Ministerio de Salud o los Fondos de Seguros de Salud se recogen en la clasificación de proveedores y se identifican como proveedores secundarios de servicios de salud, ya que sus actividades principales son las de administrar y financiar las actividades de salud de todo el sistema (HP.7).

Tabla 6.1. **Clasificación de organizaciones en la provisión de servicios de salud y dimensiones del sistema de salud**

Dimensiones sistema de salud	Actividades dentro de la clasificación funcional	Provisión de bienes y servicios de atención de la salud				Provisión de servicios relacionados con salud
		Como actividad principal	Como actividad secundaria		Otras ramas de actividades	
		HP.1-HP.6	HP.7	HP.8.1	HP.8.2	HP.8.9
Provisión						
<i>Modos de provisión:</i> • Internamiento • Atención de día • Ambulatoria • Domiciliaria	Atención curativa	Hospitales HP.1		Hogares como proveedores de atención de la salud domiciliaria HP.8.1	Todas las demás ramas de actividad como proveedor secundario de atención de la salud HP. 8.2	
	Servicios de Rehabilitación	Establecimientos residenciales de atención de larga duración HP.2				
	Servicios de atención de larga duración	Proveedores de atención ambulatoria HP.3				
	Servicios Auxiliares	Proveedores de servicios auxiliares HP.4				
	Productos médicos	Minoristas HP.5				
	Atención preventiva	Proveedores de atención preventiva HP.6				
Gobernanza/ administración	Gobernanza, sistema de salud y administración financiera		Proveedores de administración y financiación del sistema de atención de la salud HP.7			
Provisión relacionada con la salud	Atención de larga duración (social) Promoción de la salud con un enfoque multisectorial					Actividad principal de otras ramas de actividad n.e.p. en la categoría "resto de la economía" HP.8.9

En la práctica, todas las ramas de actividad cuyas actividades principales no sean la salud se pueden clasificar como proveedores secundarios en la ICHA-HP, siempre que presten algunos bienes y servicios de salud directamente a personas o grupos de población. Se incluyen los establecimientos de asistencia social con algunos componentes de atención médica, establecimientos de salud en instituciones penitenciarias, o institutos de investigación que participen en campañas de promoción de la salud (HP.8.2). Sin embargo, a pesar de que la actividad principal de un instituto de investigación esté relacionada con la salud, por ejemplo, el estudio e investigación sobre el desarrollo de antibióticos de nueva generación, lo cual es importante para la generación de recursos futuros de salud, la actividad de este instituto cae fuera del marco central de la contabilidad en salud, ya que la misma no se considera consumo. La tabla siguiente muestra la relación entre las diferentes funciones y proveedores de servicios de salud tanto primarios como secundarios, en referencia a las dimensiones de los sistemas de salud.

Descripción y directrices para los encargados de generar las cuentas

En la siguiente sección de este capítulo se destacan los principales cambios en la clasificación de HP del SHA 2011 comparado con el SHA 1.0. Además, se mencionan asuntos específicos sobre la recopilación de información.

Cambios con respecto al SHA 1.0

En casi todas las categorías de proveedores de niveles de 1 y 2 dígitos, la clasificación HP del SHA 2011 mantiene la continuidad con respecto al SHA 1.0. Se mantienen la mayoría de las categorías, pero con códigos diferentes.

- a. Bajo HP.1 Hospitales, la estructura de la clasificación se ha mantenido como en el SHA 1.0. La subcategoría *Hospitales mentales y de adicciones* se ha renombrado como HP.1.2 - *Hospitales de salud mental*.
- b. Bajo HP.2 *Establecimientos residenciales de atención de larga duración*, las dos subcategorías *Establecimientos de atención residencial a la tercera edad* y *Todos los demás establecimientos de atención residencial*, han sido sustituidos por la categoría *Otros establecimientos de atención residencial de larga duración*. Este apartado se reserva para establecimientos residenciales especiales no clasificados en ninguna otra categoría, como por ejemplo las clínicas geriátricas de rehabilitación. La razón es porque en general solo parte de los establecimientos de atención residencial se pueden catalogar como establecimientos de salud. En general, la parte correspondiente a salud dentro del gasto total de estos establecimientos de atención residencial representa menos del 50 por ciento, por lo que se tienen que incluir en HP.8.2 *Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de salud*. Como resultado de esto, la categoría HP.2, *Establecimientos de atención residencial de larga duración*, comprende tres subcategorías: *establecimientos de atención de enfermería de larga duración*, *establecimientos de salud mental y adicciones*, y *Otros establecimientos de atención residencial de larga duración*.

- c. Bajo el apartado HP.3 *Proveedores de salud ambulatoria*, la subcategoría consultorios médicos se divide en *medicina general y especialidades médicas*, después de la revisión de NACE⁶. La mayor parte de los países disponen de un sistema de atención primaria, por lo que sería de utilidad que apareciera de forma explícita en las cuentas de salud. La clasificación HP desglosa los consultorios médicos en *consultorios de medicina general, consultorios de especialistas y consultorios de especialistas en salud mental* en el nivel de 3 dígitos.
- d. Bajo HP.4 *Proveedores de servicios auxiliares* se han separado de HP.3 por las características especiales de sus servicios. Los proveedores de servicios auxiliares comprenden organizaciones que prestan servicios auxiliares específicos (por ejemplo análisis de sangre) directamente a los pacientes ambulatorios (con o sin prescripción médica o supervisión de profesionales de la salud), los cuales no necesariamente están cubiertos por hospitales, establecimientos de atención de enfermería, proveedores de atención ambulatoria y otros proveedores. La categoría HP.4 se divide en *proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia, proveedores de laboratorios diagnósticos y médicos y otros proveedores de servicios auxiliares*.
- e. Las categorías bajo HP.5 *Minoristas y otros proveedores de bienes médicos se ha reducido a tres categorías: farmacias, minoristas y otros proveedores de dispositivos y bienes médicos no perecederos y todos los demás minoristas y otros proveedores de productos farmacéuticos y médicos*, lo que significa que los minoristas que venden audífonos, productos para la visión y prótesis ortopédicas que estaban clasificados por separado en SHA 1.0, están ahora bajo una misma categoría, porque la clasificación funcional permite desglosar esos productos.
- f. La categoría HP.6 *Proveedores de atención preventiva* queda como en el SHA 1.0. Incluye a todos los proveedores como institutos de salud pública, de medicina del trabajo o agencias sanitarias para el control del agua, cuya actividad principal se asocia a distintos tipos de servicios de prevención de la salud. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el valor total de los programas atención preventiva (dirigidos a personas o a grupos de población) solo pueden recogerse en la clasificación funcional HC.6 Atención preventiva, que puede incluir también algunas actividades de otros proveedores como los *Proveedores de atención ambulatoria* (HP.3).
- g. La categoría HP.7 *Proveedores de administración y financiamiento del sistema de salud* es igual que en el SHA 1.0 porque la estructura de las subcategorías en el nivel del segundo dígito se corresponde con la estructura funcional de los agentes de financiamiento y no con la estructura de los esquemas de financiamiento (capítulo 7).
- h. La categoría HP.8 *Resto de la economía comprende Hogares como proveedores de servicios de salud domiciliaria (HP.8.1) y Todas las demás ramas de actividad como proveedor secundario de servicios de salud (HP.8.2) así como una subcategoría separada. Otras ramas de actividad n.e.p. (HP.8.9)* Bajo la subcategoría HP.8.2

⁶ NACE Rev.2 apoya esta medida separando la práctica médica general 86.21 de la práctica médica especialista 86.22; pero por desgracia, CIIU no las separa.

todos los proveedores secundarios de salud quedan incluidos, salvo HP.7 y HP.8.1. Los establecimientos de los proveedores de servicios de salud ocupacional ya no se separan de todas las demás ramas de actividad como proveedor secundario de salud registrado en (HP.8.2). La subcategoría HP.8.9 *Otras ramas de actividad n.e.p.* – se reserva a todas las ramas de actividad cuyas actividades principales o secundarias no sean prestar servicios de salud. Aunque esta categoría comprende todas las ramas de actividad con actividades que no entran dentro de los límites del SHA, se puede utilizar para relacionar la clasificación de proveedores de servicios de salud con la clasificación funcional.

- i. La categoría HP.9 *Resto del mundo* se ha mantenido como en el SHA 1.0, aunque en el SHA 2011 se recomienda de manera explícita que tanto los proveedores de servicios de salud, como los establecimientos que se encuentran fuera de los límites (como ocurre con HP.8.9) se registren en esta partida. Esto tiene el propósito de identificar y cruzar con la clasificación funcional todas las unidades en el extranjero que realicen actividades asociadas a bienes y servicios de salud o a las funciones relacionadas con la salud.

Problemas específicos en la elaboración de las cuentas

Hospitales universitarios: La experiencia en la compilación de datos del gasto en hospitales en SHA 1.0 demuestra que la mayor parte de los países asignan los gastos hospitalarios a los hospitales generales en el nivel de dos dígitos. Los hospitales universitarios y docentes normalmente se clasifican como hospitales generales, salvo los que prestan servicios altamente especializados para pacientes con enfermedades específicas. Estos hospitales universitarios especializados constituyen, en algunos países, el denominado tercer nivel de atención de internamiento. Puede ser de interés para algunos países separar los hospitales universitarios para analizar el gasto en investigación y formación, que por lo general está muy conectado al gasto en tratamientos, o por la alta tecnología médica utilizada, por lo que se sugiere añadir dichas categorías al nivel de tres dígitos.

Médicos independientes trabajando en hospitales: Uno aspecto a considerar en la prestación de servicios de salud en hospitales, es el de los médicos que prestan un servicio específico a los pacientes en calidad de subcontratados (integrados en consultorios en hospitales). En el SHA 2011, los consultorios de los médicos autónomos que trabajan en los hospitales se registran en la categoría de hospitales, de la misma forma que los servicios de los médicos asalariados. Tan sólo si los servicios que prestan están claramente diferenciados de las actividades del hospital (es decir, el médico alquila una sala o equipo para su práctica ambulatoria) se debe contabilizar de forma separada como proveedor de atención ambulatoria.

Proveedores de atención de larga duración: En el SHA 2011 se recoge casi de la misma manera que en el SHA 1.0. Los proveedores de atención de larga duración abarcan establecimientos cuya actividad principal y dominante es la prestación de atención residencial con atención médica o asistida junto con cuidado personal (según se define en la clasificación HC). Los proveedores de atención de larga duración se deben clasificar bien como *Establecimientos residenciales de atención de larga duración* (HP.2) o como *Proveedores de servicios de salud domiciliarios*

(HP.3.5) si los servicios se prestan en el domicilio. Las instituciones cuya actividad principal sea la prestación de servicios de asistencia social y la salud solo represente una parte limitada de sus servicios, se clasifican en HP.8.2 *Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de servicios de salud*. Por ejemplo, las residencias de ancianos o los proveedores de comidas (proveedores de servicios AIVD) en caso de que estas organizaciones presten también atención de enfermería o de cuidado personal.

Proveedores de servicios de salud con menos conocimientos médicos: en la atención ambulatoria, en muchos países puede existir una amplia variedad de proveedores de servicios salud no oficiales y no totalmente capacitados. El SHA 2011 recomienda registrar estas categorías dependiendo de su capacitación según las normas CIUO 08. En el SHA 2011, HP.3.3 *Otros profesionales de la salud*, ofrece la posibilidad de incluir los profesionales paramédicos que ejercen diferentes formas de medicina tradicional. Esta partida, sin embargo, se debe limitar a proveedores con unos determinados conocimientos médicos (por ejemplo, similares o iguales a los de atención de enfermería, comadronas y fisioterapeutas; véase CIUO 08: 3221 Profesionales asociados de enfermería, 3222 Profesionales asociados de partería, 3230 Profesionales asociados de medicina tradicional y complementaria, 3255 Técnicos y ayudantes de fisioterapia, 3259 Profesionales asociados a la salud no clasificados).⁷

Propiedad pública en comparación con privada: La clasificación ICHA-HP del SHA 2011 no distingue entre propiedad pública o privada ni el estatus jurídico de los establecimientos. Una separación según el tipo de propiedad (aplicando las normas del SNA) podría ser de utilidad para controlar la eficiencia y calidad de la prestación de servicios de salud de los propietarios de los establecimientos públicos frente a los privados; esta información podría ser de utilidad a efectos nacionales⁸.

Unidades estadísticas: La unidad estadística es la entidad a partir de la cual se recogen los datos recomendados para una partida. Los diferentes tipos de unidades estadísticas satisfacen necesidades diferentes, pero cada unidad es una entidad específica, que se define de manera que se pueda reconocer e identificar y no confundir con otra. Puede ser una entidad física o jurídica identificable, o por ejemplo, en el caso de la unidad de producción homogénea un constructo estadístico.⁹ Sin embargo, es preciso tener plena seguridad de que todas las actividades de salud, sobre todo si son de carácter secundario, están incluidas en las cuentas de salud. Por tanto, será necesario investigar si los establecimientos no clasificados por CIUO/NACE como correspondientes a proveedores de servicios de salud, prestan cualquier tipo de bienes y servicios de salud, según define la clasificación funcional. Ejemplos son los productos farmacéuticos que se distribuyen en los supermercados, o la atención

⁷ Las profesiones cuya práctica requiere menos conocimientos que se pueden adquirir en períodos relativamente cortos de tiempo de formación y enseñanza oficial o no oficial, o mediante tradiciones y prácticas de las comunidades donde se han generado, se incluyen en la Unidad 3230.

⁸ El esquema jerárquico para la toma de decisiones que pueden consultar los encargados de elaborar las cuentas cuando tengan que clasificar las unidades institucionales (los proveedores de bienes y servicios de salud) en proveedores públicos o privados, así como identificar los proveedores públicos que se deben incluir en el sector de empresas estatales o públicas, véase Kawiorska (2008).

⁹ Véase Eurostat (2008a), NACE Rev. 2, Definiciones y principios.

médica en establecimientos residenciales prestada por profesionales de la salud asalariados. En ambos casos, las unidades estadísticas serían establecimientos únicos, partes de empresas más grandes (una farmacia dentro de una cadena de establecimientos farmacéuticos o una unidad de enfermería en los hogares para los ancianos), que prestan bienes y servicios directamente a los consumidores y se registran por tanto en HP.8.2 Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de servicios de salud. En general, la clasificación de proveedores de salud sigue el modelo CIIU/NACE¹⁰, en la medida de lo posible. En términos prácticos, la disponibilidad de los datos puede variar de país en país y entre grupos de proveedores, dependiendo de las estructuras institucionales y del marco jurídico de las actividades de la rama de actividad de salud. También se podría determinar por el nivel de desarrollo de los sistemas estadísticos, tradiciones, prioridades nacionales en la recopilación de información, así como de los recursos disponibles.

Cuentas propias de los hogares: La prestación por cuenta propia de servicios de salud domiciliarios por los miembros del hogar para su propio consumo, se excluye en la medición de la producción según las prácticas convencionales de las cuentas nacionales¹¹. A diferencia del SCN, el SHA reconoce de forma explícita casos específicos en que el trabajo dedicado por los miembros del hogar a la atención domiciliaria tiene un valor económico, que se mide en términos monetarios. Las ayudas en efectivo concedidas a los hogares para proveer servicios de salud domiciliarios, como las contribuciones económicas por enfermería, se consideran “provisión domiciliaria remunerada¹²”.

Notas aclaratorias a la clasificación ICHA-HP de proveedores de servicios de salud

HP.1 Hospitales

Los hospitales son **establecimientos autorizados cuya actividad principal es suministrar servicios médicos, de diagnóstico y tratamiento, lo que incluye médicos, enfermeras y otros servicios de salud para pacientes internos y los servicios especializados de alojamiento que requiere este tipo de pacientes**. Los hospitales prestan servicios de salud a los pacientes ingresados, muchos de los cuales solo pueden ser atendidos en establecimientos especializados y por profesionales con la formación adecuada, así como la tecnología y equipos médicos avanzados, lo cual forma parte íntegra importante del proceso de prestación del servicio. Aunque la

¹⁰ Según NACE Rev.2 las unidades estadísticas siguientes son las que se recogen en el Reglamento del Consejo: a. el grupo empresa; b. la empresa; c. la unidad de actividad económica (UAE); d. la unidad local; e. la unidad de actividad económica local (UAE local); f. la unidad institucional; g. la unidad de producción homogénea (UPH); h. la unidad local de producción homogénea (UPH local).

¹¹ En el SCN, la prestación de servicios por los miembros del hogar para su consumo final propio se ha excluido de la producción. La principal razón es porque la mano de obra tendría que incluir a los miembros del hogar no activos si se tuviera en cuenta la producción domiciliaria. Partidas como el cuidado de enfermos, de salud débil o ancianos no se registran en el SCN, cuando las producen miembros del hogar y se consumen dentro del hogar.

¹² Sin embargo, no en todos los países se ha aplicado esta directriz, por las dificultades para medir la prestación de salud domiciliaria. En la actualidad, la prestación de servicios de salud domiciliaria no se recoge en las cuentas de salud de España, Reino Unido ni Suiza. Según un estudio reciente, en Suiza los costos del trabajo no remunerado por el cuidado de las personas dependientes se estima que representa el 0,3% del PIB o un 3% del gasto total en salud.

Tabla 6.2. **Clasificación de Proveedores de Salud**

Código	Descripción	Códigos SHA 1.0
HP.1	Hospitales	HP.1.0
HP.1.1	Hospitales generales	HP.1.1
HP.1.2	Hospitales de salud mental	HP.1.2
HP.1.3	Hospitales de especialidades (que no sean de salud mental)	HP.1.3
HP.2	Establecimientos de atención residencial de larga duración	HP.2
HP.2.1	Atención de larga duración domiciliaria	HP.2.1
HP.2.2	Hospitales de salud mental y adicciones	HP.2.2
HP.2.9	Otros establecimientos residenciales de salud de larga duración	HP.2.3, HP.2.9
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	HP.3
HP.3.1	Consultorios médicos	HP.3.1
HP.3.1.1	Consultorios de médicos generales	HP.3.1
HP.3.1.2	Consultorios de médicos especialistas en salud mental	HP.3.1
HP.3.1.3	Consultorios de especialistas (que no sean especialistas en salud mental)	HP.3.1
HP.3.2	Consultorios odontológicos	HP.3.2
HP.3.3	Otros profesionales de salud	HP.3.3
HP.3.4	Centros de salud ambulatoria	HP.3.4
HP.3.4.1	Centros de planificación familiar	HP.3.4.1
HP.3.4.2	Centros de salud mental ambulatoria y adicciones	HP.3.4.2
HP.3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria	HP.3.4.3
HP.3.4.4	Centros de diálisis	HP.3.4.4
HP.3.4.9	Todos los demás centros ambulatorios	HP.3.4.5, 3.4.9
HP.3.5	Proveedores de atención domiciliaria	HP.3.6
HP.4	Proveedores de servicios auxiliares	
HP.4.1	Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia	HP.3.9.1
HP.4.2	Laboratorios médicos y de diagnóstico	HP.3.5, 3.9.2
HP.4.9	Otros proveedores de servicios auxiliares	HP.3.9.9
HP.5	Minoristas y otros proveedores de bienes médicos	HP.4
HP.5.1	Farmacías	HP.4.1
HP.5.2	Minoristas y otros proveedores de bienes médicos no perecederos	HP.4.2, 4.3, 4.4
HP.5.9	Los demás proveedores misceláneos y otros proveedores de productos farmacéuticos y médicos	HP.4.9
HP.6	Proveedores de atención preventiva	HP.5
HP.7	Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud	HP.6
HP.7.1	Agencias gubernamentales de administración del sistema de salud	HP.6.1
HP.7.2	Agencias de administración de seguros sociales	HP.6.2
HP.7.3	Organismos privados de administración de seguros de salud	HP.6.3, 6.4
HP.7.9	Otros organismos de administración de la salud	HP.6.9
HP.8	Resto de la economía	HP.7
HP.8.1	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	HP.7.2
HP.8.2	Las demás ramas de actividad como productores secundarios de servicios de salud	2.3, 2.9, 7.1, 7.9
HP.8.9	Otras ramas de actividad n.e.p.	
HP.9	Resto del mundo	HP.9

Fuente: IHAT para SHA 2011

actividad principal es la prestación de atención médica con internamiento, **también pueden prestar servicios de atención ambulatoria, de atención de día y atención domiciliaria como actividades secundarias**. Las tareas que realizan los hospitales pueden variar entre países y por lo general están sujetas a requisitos legales. En algunos países, los establecimientos sanitarios deben tener una capacidad mínima (como el número de camas y personal médico para garantizar el servicio las 24 horas) para poder ser registrados como hospitales. El SHA 2011 distingue entre hospitales generales, hospitales de salud mental y de especialidades que no sean de salud mental, dependiendo de los tratamientos médicos y de las enfermedades específicas o las condiciones médicas de los pacientes ingresados.

HP.1.1 Hospitales generales

Esta categoría comprende los establecimientos autorizados cuya actividad principal es ofrecer diagnósticos y tratamientos médicos (quirúrgicos y no quirúrgicos) a pacientes ingresados, con *una gran variedad de condiciones médicas*. Estos establecimientos pueden prestar otros servicios, tales como servicios ambulatorios, de patología anatómica, radiografías diagnósticas, laboratorio clínico, servicios quirúrgicos para distintos procedimientos y/o servicios de farmacia que normalmente utilizan los pacientes ingresados (producción intermedia dentro del hospital) pero también usan los pacientes externos.

Ejemplos

- Hospitales generales de agudos
- Hospitales municipales, provinciales y regionales (excepto de especialidades)
- Hospitales militares, para veteranos, penitenciarios y de la policía siempre que sean establecimientos independientes¹³ (que no sean hospitales de especialidades, por ejemplo los hospitales forenses);
- Hospitales docentes, hospitales universitarios (excepto de especialidades)
- Hospitales generales de empresas (por ejemplo, los hospitales propiedad de empresas petrolíferas) si son establecimientos independientes;
- Hospitales generales de organizaciones privadas sin fines de lucro (como la Cruz Roja o la Luna Roja) (excepto los hospitales de especialidades).

Nota: Se incluyen los centros comunitarios de atención integral que prestan servicios ambulatorios y de internamiento, pero que se dedican principalmente a estos últimos.

Referencias cruzadas

- Los hospitales universitarios comprenden hospitales autorizados terciarios que prestan servicios de formación médica, investigación clínica y atención a los pacientes, como hospitales universitarios. Los hospitales universitarios de especialidades dedicados a determinados tipos de tratamiento o enfermedades, se deben registrar bien en HP.1.2 *Hospitales de salud mental* o HP.1.3 *Hospitales*

¹³ El SHA da prioridad a la clasificación de establecimientos desde el punto de vista de las actividades de salud. En CIU, tanto los hospitales militares como los penitenciarios se clasifican en el código 86.10 actividades hospitalarias.

de especialidades (que no sean de salud mental);

- Los hospitales forenses se deben clasificar en HP.1.2 Hospitales de salud mental.

HP.1.2 Hospitales de salud mental

Esta partida está constituida por establecimientos autorizados cuya actividad principal es prestar diagnósticos y tratamientos médicos y servicios de seguimiento a pacientes ingresados que sufren enfermedades mentales severas o adicciones. El tratamiento suele requerir una estancia prolongada, con tratamiento farmacéutico intenso. Dependiendo del tipo de hospital, se ofrecen varios tipos de terapias, como de psiquiatría, psicología o fisioterapia, así como de otros tipos de servicios, incluyendo servicios educativos y vocacionales, que pueden contribuir a la recuperación del paciente. Para cubrir la complejidad de estas tareas, los hospitales de salud mental prestan otros servicios además del internamiento, como la salud mental ambulatoria, pruebas clínicas de laboratorio, radiografías diagnósticas y electroencefalografía tanto para los pacientes ingresados propios o en otros establecimientos, así como para pacientes ambulatorios. Los hospitales de salud mental excluyen las unidades psiquiátricas públicas de los hospitales generales.

Ejemplos

- Hospitales psiquiátricos
- Hospitales forenses
- Hospitales para adicciones.

Referencias cruzadas

- Los establecimientos que brindan principalmente tratamiento ambulatorio de salud mental y adicciones se clasifican en HP.3.1.2 *Consultorios de especialidades médicas de salud mental* o HP.3.4.2, *Centros ambulatorios de salud mental y adicciones*;
- Los establecimientos denominados hospitales pero que se encargan principalmente de prestar servicios de atención residencial a personas diagnosticadas con retraso mental, o servicios a los pacientes ingresados con enfermedades mentales o adicciones, con estancias y atención de larga duración y consultas de tratamiento médico se clasifican en HP.2.2 *Establecimientos de salud mental y adicciones*.

HP.1.3 Hospitales de especialidades (excluidos los hospitales de salud mental)

Esta partida comprende los establecimientos autorizados que se encargan principalmente de los servicios de diagnóstico y tratamiento médico, así como el seguimiento de los pacientes ingresados con *un tipo de enfermedad o trastorno médico específico*.

Ejemplos

- Hospitales de especialidades o universitarios centrados en disciplinas específicas (oncología, gastrointestinal, pediatría, ortopedia, cardiología, etc);
- Centros especializados de emergencia;
- Clínicas de maternidad;

- Hospitales especializados en ortopedia;
- Sanatorios especializados (dedicados principalmente a servicios postagudos, de rehabilitación y de prevención);
- Centros de salud de baños termales y hospitales con servicios de spa para rehabilitación médica;
- Hospitales especializados en el tratamiento de enfermedades infecciosas (tuberculosis; hospitales para enfermedades tropicales).
- Clínicas estéticas; y
- Hospitales de medicina tradicional, complementaria y alternativa (MTCA) o centros y clínicas hospitalarias (por ejemplo, hospitales especializados en medicina oriental).

Referencias cruzadas

- Los establecimientos con categoría de hospital que brindan principalmente servicios de diagnóstico y tratamiento a pacientes ingresados con diversos trastornos médicos, tanto quirúrgicos como no quirúrgicos, se clasifican en HP.1.1 *Hospitales generales*.
- Los hospitales de salud mental, hospitales con servicios de atención de urgencia para los enfermos mentales se clasifican en HP.1.2 *Hospitales de salud mental*.
- Los establecimientos denominados hospitales, pero dedicados principalmente a servicios de enfermería y rehabilitación a pacientes ingresados se clasifican en HP.2.1 *Establecimientos de atención de enfermería de larga duración*.
- Los establecimientos especializados en atención de larga duración de personas diagnosticadas con retraso mental, problemas de salud mental o en programas de desintoxicación se clasifican en HP.2.2. *Establecimientos de salud mental y adicciones*.

HP.2 Establecimientos de atención residencial de larga duración

La categoría de *Establecimientos de atención residencial* de larga duración comprende **establecimientos dedicados principalmente a prestar servicios de salud en régimen residencial de larga duración junto a servicios de atención de enfermería, supervisión y otros tipos de atención que necesiten los residentes**. En estos establecimientos, parte importante del proceso de producción y de la atención proporcionada es una combinación de servicios de salud y con servicios sociales y personales, siendo los de salud principalmente servicios de enfermería, que se prestan en combinación con apoyo para el cuidado personal. Los componentes médicos de la atención son, sin embargo, menos intensos que los prestados en los hospitales.

HP.2.1 Atención de larga duración residencial

Esta subcategoría comprende establecimientos que prestan principalmente atención de enfermería y de rehabilitación a pacientes que requieren atención de larga duración. Por lo general, los cuidados se brindan por períodos largos de tiempo a personas que requieren atención de enfermería. Estos establecimientos tienen un cuerpo permanente de enfermeras tituladas o licenciadas que, junto a

otro personal, prestan servicios de enfermería y asistencia individual continua. Prestan principalmente atención de larga duración, aunque también se ocupan, ocasionalmente, de casos agudos y atención de enfermería, además de alojamiento y otros tipos de apoyo social, como por ejemplo ayuda en tareas de la vida diaria y asistencia para lograr una vida independiente. Se incluyen los establecimientos de atención de larga duración, con atención de enfermería básica regular a personas con enfermedades crónicas, de salud frágil, con discapacidades, convalecientes o seniles que requieren atención en régimen de internamiento. La clasificación exacta en los tipos correspondientes de institución (establecimientos de atención de enfermería especializada, establecimientos para enfermos residenciales con retrasos mentales, otros establecimientos residenciales de atención de larga duración) depende de la división de trabajo específica del país en el proceso de atención, sobre todo en los servicios de atención de larga duración y rehabilitación.

Ejemplos

- Casas u hospitales de convalecencia (excepto salud mental y adicciones);
- Residencias de ancianos con atención de enfermería
- Hospicios con internamiento
- Establecimientos de atención paliativa para los enfermos terminales;
- Residencias asistidas
- Centros de reposo con atención de enfermería;
- Residencias con asistencia especializada (EE.UU.)
- Residencias docentes de servicios de enfermería

Referencias cruzadas

- Las instituciones en las que las intervenciones de atención de enfermería son de carácter más bien incidental, o realizadas por personal no permanente como personal de enfermería de visita, son probablemente instituciones de asistencia social y deberían clasificarse en HP.8.2 *Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de salud*. Lo mismo se aplica a las instituciones en las que un médico ejerce de director de un hogar para discapacitados, por ejemplo, y la atención médica y de enfermería son solo una pequeña parte de la actividad general de la institución. Otro ejemplo de instituciones de este tipo son las residencias de ancianos con servicios de enfermería a domicilio. El personal de enfermería que acude a estas instituciones se debe notificar por separado en una categoría correspondiente de salud ambulatoria, en este caso *Otros profesionales de la salud* HP.3.3;
- Los hostales con asistencia médica limitada, para supervisar que se están tomando la medicación por ejemplo, se deben clasificar en HP.8.2 *Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de salud*.

HP.2.2 Establecimientos de salud mental y adicciones

Esta partida está compuesta por establecimientos (por ejemplo, hogares colectivos, centros de atención intermedia) que ofrecen principalmente cuidados a personas con retraso mental en régimen internamiento. Estas estructuras pueden

dispensar algún tipo de atención médica, pero sus servicios son de alojamiento y manutención, supervisión y asesoramiento. Los establecimientos de atención residencial de salud mental y adicciones son aquéllos cuya actividad principal consiste en brindar atención y tratamiento residencial a pacientes con trastornos de salud mental y adicciones. Aunque en estos establecimientos se presten servicios de salud, estos son de carácter complementario a los servicios de asesoramiento, rehabilitación mental y apoyo.

Ejemplos

- Establecimientos residenciales de atención a retrasados mentales
- Establecimientos de salud mental y adicciones
- Establecimientos de rehabilitación para alcohólicos o drogadictos (excepto hospitales autorizados)
- Centros u hospitales de convalecencia de salud mental
- Instituciones de atenciones de día y noche que presten servicios de atención de enfermería de larga duración durante un tiempo limitado, incluidos los servicios de atención individual a personas con enfermedades mentales tales como la demencia, etc.

Referencias cruzadas

- Los establecimientos con atención médica limitada, para supervisar por ejemplo el cumplimiento de la medicación, o los alojamientos para jubilados con servicios de atención continua y las residencias para la tercera edad sin atención de enfermería se clasifican en HP.8.2 *Todas las demás ramas de actividad como proveedores de salud*;
- Los centros de atención de día con atención curativa o de rehabilitación que se centran en otras personas que las diagnosticadas con retrasos mentales se clasifican en HP.3.4.9 *Todos los demás centros ambulatorios*;
- Los establecimientos que se encargan principalmente de prestar servicios de atención residencial medicalizada y rehabilitación a personas que no hayan sido diagnosticadas con retraso mental, por ejemplo la rehabilitación oncológica o geriátrica se clasifican en HP.2.1 *Establecimientos de atención de enfermería de larga duración* o HP 2.9 *Otros establecimientos residenciales de atención de enfermería*.

HP.2.9 Otros establecimientos residenciales de salud de larga duración

Esta categoría comprende la prestación de servicios residenciales y de salud en organizaciones que ni están clasificadas como establecimientos de atención de enfermería de larga duración HP.2.1, ni como establecimientos para enfermos mentales y de adicciones HP.2.2. Incluye los establecimientos residenciales especializados no de salud mental como por ejemplo los establecimientos de rehabilitación geriátrica que no cumplen con los criterios para ser clasificados como hospitales geriátricos.

HP.3 Proveedores de atención ambulatoria

Esta partida comprende los **establecimientos cuya actividad se centra en**

brindar servicios de salud directamente a pacientes ambulatorios que no requieren internamiento. Incluye consultorios de médicos de medicina general y especialistas, establecimientos especializados en el tratamiento de pacientes en atención de día y en la prestación de atención domiciliaria. Los profesionales de la salud que prestan servicios ambulatorios atienden principalmente a pacientes que acuden a su consulta, o ellos van al domicilio del paciente. Por consiguiente, estas entidades no suelen ofrecer servicios hospitalarios con estancias nocturnas. Esta partida se compone de cinco subcategorías que incluye: Consultorios médicos, odontológicos, otros profesionales de salud, centros de salud ambulatoria y proveedores de servicios de salud domiciliaria.

HP.3.1 Consultorios médicos

Esta subcategoría comprende los consultorios de medicina general y de especialistas (que no sean odontológicos) cuyos profesionales son titulados en medicina (Código 2210 CIUO-08, CINE-97 nivel 5 y 6), encargados principalmente de la práctica independiente de medicina general o especialidades, incluida la psiquiatría, cardiología, osteopatía, homeopatía, cirugía y otras ramas. Este grupo incluye también a profesionales de la MTCA con la correspondiente formación médica. Estos profesionales ejercen la medicina en sus consultorios privados individuales o en grupo, en sus propios locales o rentados (por ejemplo, centros de atención o clínicas) o pueden ejercer independientemente en establecimientos de otros, como hospitales o centros médicos pertenecientes a aseguradoras u organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO).

HP.3.1.1 Consultorios de profesionales médicos generales

Esta partida comprende establecimientos de profesionales de la salud licenciados en medicina o un título correspondiente, que se encargan principalmente de ejercer de forma independiente la medicina general. Aunque en algunos países la “medicina general” y la “medicina de familia” se pueden considerar especialidades médicas, estas ocupaciones siempre se deben clasificar en esta categoría.

Ejemplos

- Casas u hospitales
- Casas o residencias
- Médicos generales o de familia en consultorios particulares
- Consultas y centros médicos sin cita previa;
- Pediatras que prestan sus servicios de medicina general en consultorios privados (médicos generales para niños y adolescentes);
- Médicos de distrito, médicos de familia, médico general; médico asesor residente especializado en la práctica general; médico de atención primaria;
- Profesional habilitado independiente y pediatras dentro del sistema público

Nota: La función de pediatría varía considerablemente entre países; por lo que su clasificación adecuada en consultas de medicina general – médicos de atención primaria – o especialistas se tiene que decidir en cada país.

Referencias cruzadas

- Los centros médicos independientes que brindan principalmente servicios de emergencia para víctimas de catástrofes o accidentes y los centros independientes de cirugía ambulatoria se clasifican en HP.3.4.3, Centros independientes de cirugía ambulatoria.
- Las consultas de los psicoterapeutas y psicoanalistas sin un título de médicos se registran en HP.3.3. Otros profesionales de la salud.

HP.3.1.2 Consultorios de médicos especialistas de salud mental

Esta partida comprende establecimientos de profesionales independientes de salud mental con un título de médico con especialización en medicina de salud mental o cualificación correspondiente.

Ejemplos

- Consultorios de psiquiatras independientes;
- Consultorios de médicos de salud mental;
- Consultorios de pediatras de salud mental;
- Consultorios de psicoanalistas (médicos);
- Consultorios de psicoterapeutas (médicos).

Referencias cruzadas

- Los proveedores de servicios de salud mental ambulatoria combinados con otras profesiones sociales y de salud mental se tienen que clasificar en HP.3.4.2 *Centros de salud mental ambulatoria y adicciones*.

HP.3.1.3 Consultorios de médicos especialistas (que no sean especialistas en salud mental) Esta partida comprende establecimientos de profesionales de la salud licenciados en medicina en una especialización que no sea la medicina general ni la de salud mental (equivalente a CIUO-08 Código 2212).

Ejemplos

- Consultorios de cirujanos, cirujanos estéticos, anestesistas, cardiólogos, dermatólogos, especialistas en medicina de urgencia, ginecólogos, endocrinólogos, ENT, gastroenterólogos, especialistas en infecciones, nefrólogos, obstetricias, oftalmólogos, ortopedistas, patólogos, pediatras de atención especializada (por ejemplo, tratamiento oncológico), especialistas en medicina preventiva, radiólogos, y radioterapeutas, reumatólogos, médicos especialistas (medicina interna), urólogos, consultorios de MTCA, etc.;
- Establecimientos conocidos como clínicas médicas que no sean centros de especialidades múltiples ocupados principalmente del tratamiento de pacientes ambulatorios (Corea, Japón).
- Especialistas autónomos e independientes que alquilen una sala o equipo para ejercer su práctica con pacientes ambulatorios en hospitales o establecimientos residenciales de atención de larga duración.

Referencias cruzadas

- Los pediatras y otros médicos que trabajan en atención primaria se clasifican en

HP.3.1.1 Consultorios de profesionales médicos generales;

- Los consultorios de nefrólogos con unidades de diálisis se clasifican en HP.3.4.4 Centros con servicios de diálisis;
- Los consultorios de cirujanos que ejercen con otros colegas y anestesiistas, así como otro personal médico encargados principalmente de servicios de cirugía (por ejemplo cirugía ortoscópica y de cataratas) en establecimientos especializados se registran en HP.3.4.3 *Centros independientes de cirugía ambulatoria*;
- Los consultorios de parteras, fisioterapeutas y otros profesionales paramédicos se incluyen en HP.3.3 *Otros profesionales de salud*;
- Los médicos odontólogos con una especialización (por ejemplo en cirugía dental) se registran en HP.3.2 *Consultorios odontológicos*.

HP.3.2 Consultorios odontológicos

Esta subcategoría está constituida por establecimientos independientes de profesionales de la salud con un título universitario en odontología, o con una capacitación equivalente (Código 2261 CIUO-08) que se dedican principalmente a la práctica independiente de la odontología o la estomatología general o especializada. Estos profesionales ejercen en consultorios privados o en grupo (por ejemplo centros, clínicas) y prestan servicios de prevención, reconstrucción o urgencia o especializados en un solo campo de la odontología. Realizan actividades odontológicas de naturaleza general o especializada, por ejemplo, odontología, endodoncia y odontología pediátrica; actividades de ortodoncia y patología bucal.

Ejemplos

- Odontólogos, dentistas; endodoncistas;
- Cirujanos dentales; cirujanos maxilofaciales y bucales;
- Patología oral; ortodoncistas; pedodoncistas; periodoncistas y prostodoncistas.

Referencias cruzadas

- Los laboratorios dentales que prestan servicios directamente a pacientes encargados principalmente de fabricar dentaduras, dientes artificiales y aparatos de ortodoncia para dentistas se clasifican en HP.4.2 *Laboratorios médicos y de diagnóstico* (incluidos los laboratorios dentales);
- Los establecimientos de higienistas dentales que se encargan principalmente de la limpieza dental y de encías o establecimientos de protésicos dentales dedicados principalmente a tomar impresiones e instalar dentaduras se clasifican en HP.3.3, *Otros profesionales de salud*; por ejemplo, los protésicos dentales en Países Bajos y los protésicos dentales en Australia pueden colocar dentaduras completas.

HP.3.3 Otros profesionales de salud

Esta subcategoría comprende el grupo de profesionales de la salud paramédicos e independientes (de otras profesiones médicas: médicos generales o especialistas y odontólogos), como quiroprácticos, optometristas, psicoterapeutas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas y audiólogos, que atienden principalmente a pacientes ambulatorios. Estos profesionales ejercen en sus consultorios privados

individuales o en grupo (por ejemplo, centros de atención o clínicas) o de forma independiente en establecimientos ajenos, como hospitales o centros médicos pertenecientes a organizaciones del tipo HMO. En muchos países, para poder ofrecer servicios de profesional paramédico se considera necesaria alguna forma de registro legal o licencia (que implique algún control mínimo sobre el contenido de la atención prestada).

Ejemplos

- Consultorios de enfermeras y parteras;
- Consultorios de acupunturistas (excepto médicos);
- Consultorios de quiroprácticos (excepto médicos);
- Consultorios de fisioterapeutas y terapeutas físicos;
- Consultorios de terapeutas ocupacionales y logopedas;
- Consultorios de audiólogos;
- Consultorios de higienistas dentales;
- Consultorios de protésicos dentales;
- Consultorios de dietistas;
- Consultorios de homeópatas (excepto médicos);
- Consultorios de inhaloterapeutas o terapeutas de la respiración;
- Consultorios de naturópatas (excepto médicos);
- Consultorios de pediatras;
- Los profesionales con conocimientos menos amplios de medicina china y otras formas de medicina tradicional que se han formado durante períodos relativamente cortos de tiempo (Código 3230 CIIU-08); el título oficial puede que no sea un criterio necesario para reconocer un profesional de la salud en los países donde estas formas de medicina que han formado parte íntegra de la práctica médica durante mucho tiempo; oriental (tradicional) clínicas médicas (Corea).

Referencias cruzadas

- La práctica independiente de la medicina y la salud mental de los médicos se clasifica en HP.3.1.1 *Consultorios de profesionales de medicina general*, HP.3.1.3 *Consultorios de médicos especialistas (excepto los especialistas médicos en salud mental)*;
- Los odontólogos independientes se clasifican en HP.3.2, *Consultorios odontológicos*.
- La práctica independiente de servicios de atención domiciliaria se clasifica en HP.3.5 *Proveedores de atención domiciliaria*.

HP.3.4 Centros de salud ambulatoria

Esta partida abarca establecimientos que brindan una amplia gama de servicios ambulatorios a cargo de un equipo médico, paramédico y muchas veces personal de apoyo, que por lo general integran varias especialidades o cumplen funciones específicas de atención primaria y secundaria. Generalmente, estos establecimientos

atienden a pacientes que no requieren internamiento. Son diferentes a HP.3.1.3 *Consultorios de médicos especialistas* por su multiespecialidad, complejidad de los equipos médicos y técnicos y los diferentes tipos de profesionales de la salud que los integran.

HP.3.4.1 Centros de planificación familiar

Esta subcategoría está constituida por los establecimientos con personal médico que ofrecen principalmente una serie de servicios de planificación familiar de tipo ambulatorio, como asesoramiento anticonceptivo, asesoría genética y prenatal, esterilización voluntaria e interrupción del embarazo por indicaciones terapéuticas y médicas.

Ejemplos

- Centros de consultas sobre el embarazo
- Clínicas de control de la natalidad
- Cursos de preparación para el parto
- Clínicas de fecundidad.

Referencias cruzadas

- Los centros encargados de programas y campañas de prevención contra el VIH (incluida la atención de la maternidad) se clasifican en HP.6 *Proveedores de atención preventiva*.

HP.3.4.2 Centros de atención ambulatoria de salud mental y adicciones

Esta partida comprende establecimientos con personal médico que brindan principalmente servicios de consulta externa relacionados con el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales, alcoholismo y otras adicciones. Generalmente, estos establecimientos atienden a pacientes que no requieren internamiento. Pueden tener personal que ofrece consejos e información acerca de una serie de problemas de salud mental y adicciones, o derivar los casos a programas de tratamiento más extensos cuando es necesario.

Ejemplos

- Centros y clínicas ambulatorias para el tratamiento del alcoholismo (excepto hospitales y establecimientos de salud mental);
- Centros y clínicas ambulatorias para la desintoxicación (excepto hospitales y establecimientos de salud mental);
- Centros y clínicas ambulatorias para el tratamiento de adicción de drogas (excepto hospitales y establecimientos de salud mental);
- Centros y clínicas ambulatorias de salud mental (excepto hospitales y establecimientos de salud mental);
- Centros y clínicas ambulatorias para el tratamiento de adicciones (excepto hospitales y establecimientos de salud mental);

Referencias cruzadas

- Los hospitales que brindan principalmente atención de internamiento a quienes

sufren trastornos de salud mental o adicciones, mediante tratamiento y vigilancia médicos, se clasifican en HP.1.2 *Hospitales de salud mental*;

- Los establecimientos que brindan principalmente atención de internamiento a quienes sufren trastornos de salud mental o adicciones, mediante atención residencial y asesoramiento más que mediante tratamiento médico, se clasifican en HP.2.2 *Establecimientos de salud mental y adicciones*;
- Los consultorios de especialistas de salud mental se registran en HP.3.1.2 *Consultorios de especialistas en salud mental*.

3.4.3 Centros independientes de cirugía ambulatoria

Esta subcategoría comprende establecimientos especializados con médicos y otro personal de salud que brindan principalmente servicios quirúrgicos (por ejemplo, cirugía ortoscópica y de cataratas) de carácter ambulatorio. Los establecimientos de cirugía ambulatoria tienen instalaciones especializadas, como quirófanos y salas de recuperación, y equipos especializados, como son los de anestesia y radiología.

Referencias cruzadas

- Los centros médicos sin cita previa se clasifican en HP.3.1.1 *Consultores de médicos de medicina general*
- Los hospitales que también ofrecen cirugía ambulatoria y servicio de urgencias se clasifican en HP.1 *Hospitales*.

3.4.4 Centros de diálisis

Esta subcategoría comprende establecimientos con personal médico que brindan principalmente servicios ambulatorios de diálisis renal.

HP.3.4.9 Todos los demás centros ambulatorios

Esta subcategoría comprende establecimientos que se encargan de prestar una amplia gama de servicios externos, a cargo de un equipo médico, paramédico y personal de apoyo, que reúnen varias especialidades y ejercen funciones de atención primaria o secundaria. En esta partida se incluyen por ejemplo, centros o clínicas de profesionales de la salud con diferentes titulaciones en más de una especialidad dentro del mismo establecimiento (es decir, médico y odontólogo).

Ejemplos

- Clínicas y centros colectivos ambulatorios
- Centros de quimioterapia y radioterapia;
- Policlínicas ambulatorias multidisciplinarias
- Clínicas y centros médicos multidisciplinarios de HMO.
- Centros de llamadas externos con personal formado en resolver consultas médicas o enfermeras con experiencia (por ejemplo, Inglaterra y Estados Unidos);
- Proveedores de MTCA de múltiples especialidades no clasificados en otra categoría.

Nota: Los centros médicos del tipo HMO comprenden establecimientos con médicos u otro personal de salud que brindan principalmente una serie de servicios

ambulatorios a los afiliados a la organización de gestión de los servicios de salud, generalmente con un enfoque de atención primaria.

Referencias cruzadas

- Los consultorios de los profesionales médicos que se encargan principalmente de ejercer de forma independiente su profesión se clasifican en HP.3.1.1 Consultorios de profesionales médicos, HP.3.1.2 *Consultorios de especialistas en salud mental*, o HP.3.1.3 *Consultorios de especialistas médicos (excepto especialistas médicos en salud mental)*, y HP.3.2 *Odontólogos*; y HP.3.3 *Otros profesionales de salud*;
- Los centros de hospitales que prestan servicios de cirugía ambulatoria y de urgencia se clasifican en HP.1.1 *Hospitales generales* y están completamente integrados.

Nota: Atención mixta social y de salud: En algunos sistemas de salud la “atención integrada” tiene componentes de asistencia social. Se pueden clasificar en HP.3.4.9 *Todos los demás centros* ambulatorios si predomina la asistencia ambulatoria, o por el contrario en HP.8.2 *Todas las demás ramas de actividad de proveedores secundarios de salud*, si domina el componente de asistencia social. Sin embargo, no existe una definición común en todos los países. Los países pueden añadir categorías en el nivel de 3 dígitos si es necesario.

HP.3.5 Proveedores de atención domiciliaria

Esta subcategoría consiste en establecimientos que ofrecen principalmente servicios medicalizados profesionales a domicilio, complementados por alguna de las actividades siguientes: Servicios de asistencia individual: servicios sociales médicos, apoyo en la medicación, uso del equipo y suministro médico, consultas; servicio de 24 horas de atención domiciliaria; terapia ocupacional y vocacional; servicios de nutrición y dietética; logopedia; audiología; y atención altamente tecnificada como la terapia intravenosa. Los servicios de atención de enfermería domiciliaria muchas veces sustituyen a los servicios hospitalarios de larga duración prestados en HP.2 *Establecimientos de atención residencial de larga duración* o por HP.3.3 *Otros profesionales de salud*.

Ejemplos

- Servicios públicos de enfermería y servicios de enfermería a domicilio (incluido el cuidado de niños durante el día en caso de enfermedad)
- Agencias de atención domiciliaria
- Servicios de atención paliativa a domicilio
- Asociaciones de enfermeros a domicilio.

Referencias cruzadas

- Se excluye a los proveedores de servicios no médicos y no paramédicos que ofrecen ayuda y apoyo domiciliario, que se encargan principalmente de prestar servicios correspondientes a actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) como ayuda a limpiar, hacer la compra, etc. Estas actividades no relacionadas con la salud quedan fuera del límite, por lo que los proveedores que solo presten servicios de AIVD se recogen en HP.8.9 *Otras ramas de actividad no clasificadas en otra parte*.

HP.4 Proveedores de servicios auxiliares

Esta categoría comprende **organizaciones especializadas que prestan servicios auxiliares específicos directamente a pacientes ambulatorios bajo supervisión de profesionales de la salud, que no se encuentran incluidos dentro del episodio de tratamiento en hospitales, establecimientos de atención de enfermería, proveedores de atención ambulatoria u otros proveedores**. Se incluyen proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia, laboratorios médicos y de diagnóstico, laboratorios odontológicos y otros proveedores de servicios auxiliares. Estos proveedores especializados de servicios auxiliares pueden cobrar directamente a los pacientes sus servicios o prestar dichos servicios auxiliares como una prestación en especie en virtud de contratos especiales de servicios.

HP.4.1 Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia

Esta subcategoría comprende establecimientos dedicados principalmente al transporte de pacientes en caso de emergencia por tierra o por aire, ya sea al domicilio del paciente o al exterior (en la calle), así como también en el caso de una enfermedad, cuando sea un componente del proceso de tratamiento (por ejemplo, el traslado de pacientes a otros centros de salud, transporte de pacientes para diálisis o quimioterapia). Las ambulancias están provistas de equipos de reanimación manejados por personal con capacitación médica. El transporte de pacientes lo pueden realizar diferentes tipos de proveedores. El transporte en vehículos especialmente equipados o en ambulancias aéreas que transportan a los enfermos a los establecimientos para que reciban atención médica o quirúrgica lo realizan los servicios tales como la Cruz Roja o la Luna Roja, pero también los servicios de bomberos o proveedores privados, dependiendo de las normas de cada país. En este caso el cuerpo de bomberos responsable del servicio de ambulancias se considera un proveedor primario.

Ejemplos

- Ambulancias para pacientes con o sin rescate de emergencia;
- Establecimientos que se encargan principalmente de transporte especializado de pacientes, diferentes del servicio de rescate, como por ejemplo los servicios de transporte para diálisis o quimioterapia;
- Transporte de pacientes (por tierra y aire) para servicios médicos específicos como la transplantología;
- Transporte de pacientes en vehículos convencionales especialmente acondicionados a un objetivo médico;
- Servicios de ambulancia en tiempos de paz y en situaciones no catastróficas, prestados por el ejército, la policía o los bomberos.

Nota: Se excluye el transporte de fluidos u órganos corporales y otros bienes médicos ya que se trata de una producción intermedia en un episodio completo de tratamiento.

Referencias cruzadas

- El transporte en vehículos convencionales por proveedores no especializados, como taxis cuando están autorizados, y siempre que los costos los reembolse el seguro médico (por ejemplo, transporte de pacientes para diálisis y quimioterapia) se clasifican en HP.8.2 *Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de salud.*

HP.4.2 Laboratorios médicos y de diagnóstico

Esta partida está constituida por establecimientos que brindan principalmente servicios de análisis o diagnóstico, incluido análisis de fluidos corporales, pruebas genéticas, directamente a pacientes ambulatorios que acuden remitidos por un profesional de la salud.

Ejemplos

- Centros de imagenología diagnóstica
- Laboratorios de radiología dental o médica
- Laboratorios médicos y clínicos;
- Laboratorios de patología médica¹⁴
- Laboratorios médicos forenses
- Bancos de datos de genomas.

Nota: Debe excluirse a cualquier proveedor de servicios diagnósticos, laboratorios médicos forenses, centros de datos de genomas o bancos de órganos y sangre que prestan sus servicios solo como producción intermedia a otros proveedores de salud dentro de un episodio de tratamiento médico.

Referencias cruzadas

- Los establecimientos, como los laboratorios ópticos y ortopédicos, que se encargan principalmente de la fabricación de lentes; y que fabrican aparatos ortopédicos y prótesis por prescripción se clasifican en HP.5 *Minoristas y otros proveedores de bienes médicos;*
- Los establecimientos, tales como laboratorios dentales que fabrican dentaduras, dientes artificiales y aparatos ortopédicos por prescripción, normalmente prestan sus servicios directamente a clínicas odontológicas y no a los pacientes. En este caso el valor de sus servicios se debe incluir en HP.3.2 Prácticas odontológicas. Pero hay determinadas excepciones, como por ejemplo en Países Bajos los protésicos dentales y en Australia que colocan dentaduras completas, que pueden ejercer también de forma independiente. En este último caso, se deben clasificar en HP.3.3 *Otros profesionales de salud.*

HP.4.9 Otros proveedores de servicios auxiliares

Esta subcategoría comprende a otros proveedores de servicios auxiliares no enumerados anteriormente.

¹⁴ En NACE Rev.2 los establecimientos cuya actividad principal sea recoger, almacenar y distribuir productos sanguíneos forman parte de la industria farmacéutica.

Ejemplos

- Servicios de pruebas de audición (excepto las consultas de los audiólogos);
- Servicios de control de marcapasos;
- Servicios de evaluación del estado físico (excepto consultorios de los profesionales de la salud).

HP.5 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos

Esta partida comprende los **establecimientos que se dedican principalmente a la venta al detalle de bienes médicos al público en general para consumo o utilización individual o de los hogares**. Incluye también establecimientos cuya actividad principal es la fabricación de bienes médicos como fabricación de lentes, aparatos ortopédicos y prótesis que se venden al público en general para uso personal o de los hogares, al igual que la instalación y reparación efectuadas en combinación con la venta. Esta categoría se compone de cinco subcategorías: Farmacias, minoristas de productos para la visión, minoristas de audífonos, minoristas de aparatos médicos y otros minoristas de bienes médicos.

Nota: Dada la normativa sobre calidad y seguridad médica, los minoristas de bienes médicos de venta directa y otros proveedores de bienes médicos están sujetos a licencia o autorización farmacéutica para poder llevar a cabo sus actividades. Los productos de atención no de salud como los cosméticos, productos dietéticos o productos naturales quedan excluidos del gasto en salud.

HP.5.1 Farmacias

Esta subcategoría comprende establecimientos que se encargan principalmente de la venta al detalle de productos farmacéuticos (incluidos los productos manufacturados y los preparados por los farmacéuticos en su farmacia) de medicamentos con y sin receta. Las farmacias ejercen su actividad con licencia y en una jurisdicción estricta bajo supervisión farmacéutica nacional. Normalmente, bien el propietario de la farmacia o sus empleados deben ser un farmacéutico, químico o doctor en farmacia registrado.

Ejemplos

- Químicos que dispensan medicamentos
- Farmacias públicas;
- Farmacias independientes en supermercados; y
- Farmacias en hospitales sobre todo para los pacientes externos.

Referencias cruzadas

- Las farmacias de hospitales que atienden principalmente a pacientes internados se consideran parte de los establecimientos clasificados en HP.1;
- Los dispensarios especializados, donde el control continuo del cumplimiento de la medicación y el tratamiento desempeña un papel importante (como en el caso de pacientes diabéticos), se clasifican en HP.3.4 *Centros de salud ambulatoria* (p.ej. HP.3.4.4 *Centros de diálisis*, HP.3.4.9 *Todos los demás centros ambulatorios*);
- Los medicamentos dispensados en los consultorios médicos se registran en

HP.3.1 Consultorios médicos;

- Los medicamentos de venta directa en supermercados se clasifican en HP.8.2. Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de salud.

HP.5.2 Minoristas y otros proveedores de bienes médicos no perecederos

Esta partida comprende establecimientos que se encargan principalmente de la venta al por menor de bienes médicos y aparatos médicos no perecederos como audífonos, gafas graduadas y otros productos para la visión, así como prótesis al público en general para uso individual o en el hogar. Se incluye su colocación y reparación en combinación con la venta de productos no perecederos, por ejemplo, en el caso de los audífonos, el suministro y colocación de las pilas. Se incluyen también los establecimientos que se encargan principalmente de la fabricación de aparatos médicos, cuya instalación y reparación se hace normalmente en combinación con la fabricación de aparatos médicos.

Ejemplos

- Minoristas de gafas y productos para la visión;
- Minoristas de ayudas a la audición;
- Proveedores de sillas de ruedas;
- Proveedores de zapatos ortopédicos, miembros artificiales y otras prótesis;
- Almacén de suministros médicos.

Nota: Ejemplos de proveedores especializados de productos para la visión son los ópticos, ópticos oftalmológicos, optometristas y ortoptistas. Los proveedores de ayudas a la audición incluyen a los audiólogos y técnicos en ayudas a la audición. Normalmente los profesionales de atenciones de salud de audiología son los que seleccionan y suministran los aparatos de audiología. Del suministro de prótesis se encargan profesionales como los protésicos técnicos dentales, técnicos ortodoncistas y los fabricantes de dispositivos ortopédicos.

HP.5.9 Todos los demás minoristas y otros proveedores de bienes médicos y farmacéuticos

Esta subcategoría incluye todos los demás proveedores al por menor de bienes médicos al público en general para consumo y utilización individual o en el hogar, no captada en ninguna categoría.

Ejemplos

- Venta de líquidos (por ejemplo, para diálisis domiciliaria)
- Todos los demás proveedores de bienes médicos no clasificados en otra parte, que entreguen bienes médicos directamente a los consumidores;
- Centros de venta electrónica y por correo postal especializados en bienes médicos.

HP.6 Proveedores de atención preventiva

Esta categoría comprende **organizaciones que se encargan de los programas y campañas de prevención dirigidos a grupos específicos de personas o población, tales como agencias de promoción de la salud, institutos de salud pública y**

establecimientos especializados cuya actividad principal sea la prestación de atención preventiva. Incluye campañas de promoción de los estilos sanos de vida en colegios, a cargo de profesionales externos de salud, agencias y organizaciones (véase también HP.8.2).

Ejemplos

- Instituto de Salud Ocupacional;
- Centros y redes locales de seguridad y salud del trabajo;
- Institutos y departamentos de salud pública (en caso de actividades importantes de prevención);
- Centros de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades;
- Institutos que gestionan registros de salud de programas de control de enfermedades;
- Institutos de enfermedades contagiosas;
- Organismos de promoción de la salud
- Centros de enseñanza de salud pública con actividades de promoción de estilos de vida sanos, alimentación y dietas sanas;
- Administraciones locales de salud con programas de prevención.

Referencias cruzadas

- Los programas preventivos en colegios que impartan profesionales de la salud asalariados se clasifican en HP.8.2 *Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de salud*;
- Las campañas individuales de prevención como las mamografías se registran en HP.3.1 Consultorios médicos o HP.4.2 *Laboratorios médicos y diagnóstico*. Si los servicios se prestan a pacientes internados se clasifican en HP.1 *Hospitales*;
- Los servicios de salud ocupacional se registran en Proveedores de salud ambulatoria p.ej. HP.3.1.3 *Consultorios de especialistas médicos (excepto especialistas en salud mental)* si los contratan de forma externa las empresas a proveedores médicos especiales, o en HP.8.2 *Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de salud*, si las prestan las empresas de forma domiciliaria como actividades auxiliares;
- Los institutos y laboratorios que realicen actividades de control de alimentos y potabilidad del agua fuera de la rama de actividad de la salud (por ejemplo, embotelladoras de agua) se deben registrar en HP.8.9 *Otras ramas de actividad*;
- Las campañas de vacunación infantil se registran en *Proveedores de salud ambulatoria* HP.3, pero en HP.6 en caso de que sean campañas de enfermedades contagiosas que lleven a cabo los institutos.

Nota: Aunque los costos de administración de los programas de prevención se deben registrar como parte de la función “atención preventiva”, la normativa general de los programas de prevención o las medidas legislativas adoptadas por el Ministerio de Salud se deben recoger en HP.7.1 *Entidades de administraciones de la salud de la administración pública*.

HP.7 Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud

Esta partida comprende los **establecimientos que se encargan principalmente de regular las actividades de las entidades que prestan servicios de salud, así como de la administración general del sistema, incluida la gestión del financiamiento de la salud**. Aunque lo primero se refiere a las actividades de las administraciones públicas y sus organismos en las funciones de gobernanza y gestión del sistema de salud en su conjunto, lo último refleja la administración relativa a la recaudación de fondos y compra de bienes y servicios de salud por parte de organismos públicos y privados. La razón por la que se incluyen los agentes de financiamiento en la clasificación HP es para mantener el equilibrio y coherencia en la compilación de las transacciones según el marco triaxial de la contabilidad en salud. De esta manera, los gastos recogidos en HP.7 por concepto de administración y financiamiento del sistema de salud, cubren los gastos administrativos de los esquemas de financiamiento, presentados por su estructura institucional como agentes de financiamiento. Los agentes de financiamiento pueden participar en la gestión de varios esquemas de financiamiento en la clasificación HF.

Nota: El gasto en administración de los proveedores primarios de salud (hospitales, médicos, etc.), así como parte de los costos administrativos relacionados a la prestación de servicios de salud como proveedores secundarios, se debe incluir en la categoría de proveedores respectiva.

HP.7.1 Organismos gubernamentales de administración de la salud

Esta subcategoría comprende la administración pública (excepto la seguridad social) que se encarga sobre todo de la formulación y gestión de la política pública en materia de salud y de la instauración y aplicación de normas para el personal médico y paramédico y para los hospitales, clínicas, etc., incluidos los reglamentos y autorizaciones de los proveedores de los servicios de salud. Se deben incluir los departamentos de salud de las administraciones públicas regionales o municipales. Esta partida incluye también establecimientos como los institutos de estadística del Ministerio de Salud (pero no los institutos que gestionen registros de salud de la población) y los registros públicos de proveedores de servicios de salud ya que los dos forman parte de la administración del sistema.

Ejemplos

- Ministerio de Salud
- Administraciones locales y regionales del Ministerio de Salud;
- Comisión de Salud;
- Entidades reguladoras de medicamentos que incluye la aplicación de la legislación;
- Entidades reguladoras de la seguridad en el lugar de trabajo;
- Instituto de Información del Sistema de Salud y otros institutos afiliados al Ministerio de Salud;
- Autoridades locales de salud (en caso de que sus actividades principales sean de administración, aplicación de leyes, autorización y registro de proveedores);

- Centros locales de inspección de control de medicamentos;
- Centros locales de control de dispositivos médicos;
- Administración del financiamiento a la salud.

Referencias cruzadas

- Los organismos de las administraciones públicas dedicados principalmente a prestar servicios de salud pública de carácter colectivo (vigilancia o higiene) se clasifican en HP.6 Proveedores de atención preventiva.

Nota: Regímenes para trabajadores de la administración pública. Esta subcategoría también incluye el seguro obligatorio para los trabajadores de la administración de distintos grupos (ejército, veteranos, ferrocarriles y transporte público, policía si existen regímenes separados para estos grupos). Excluye la administración de la seguridad social universal.

HP.7.2 Organismos de los seguros sociales de salud

Esta subcategoría comprende los organismos de seguros sociales de salud (fondos de enfermedad) que gestionan los regímenes de los seguros sociales de salud. Los fondos de enfermedad también pueden administrar los planes de seguros de salud que no ofrece la administración pública. Se incluye la administración de seguros sociales de salud obligatorios con cobertura para varios grupos de trabajadores del estado (militares, veteranos, empleados de ferrocarriles y demás transporte público, policía, funcionarios públicos, etc.). Las agencias de seguros sociales de salud también pueden administrar esquemas de seguros voluntarios. Se deben incluir las organizaciones subordinadas a los fondos de seguros, como los Comités Consultivos Médicos.

Ejemplos

- Administración de los regímenes de seguros sociales de salud;
- Administración de los regímenes de seguros de accidente (parte de la salud) del seguro social;
- Administración de los regímenes de seguros médicos voluntarios del seguro social;

Referencias cruzadas

- Las cuentas de ahorro médicas obligatorias administradas por el gobierno, se deben clasificar en HP.7.1. *Organismos de administración de salud del gobierno*, mientras que las cuentas de ahorro médicas obligatorias administradas por seguros privados se deben clasificar en HP.7.3. *Organismos privados de administración de seguros de salud*;
- Los seguros de salud voluntarios, basados en la comunidad, gestionados por las ISFLSH se deben clasificar en HP.7.9 *Otros organismos de administración de seguros de enfermedad*.

HP.7.3 Organismos de administración de seguros privados de salud

Esta subcategoría comprende empresas de seguros privados que gestionan más de un tipo de esquemas de seguros al mismo tiempo (por ejemplo, seguros

privados obligatorios y voluntarios). Esta subcategoría incluye establecimientos que se dedican principalmente a actividades estrechamente relacionadas con la gestión de seguros (actividades de agentes de seguros, liquidadores de siniestros, actuarios, gestión de rescates). Incluye la gestión de todo tipo de seguros privados de salud tanto obligatorios como voluntarios.

Ejemplos

- Empresas de seguros privados que prestan servicios de gestión de seguros de salud obligatorios;
- Seguros médicos privados;
- Organismos de gestión de seguros médicos complementarios (por ejemplo, las mutualidades francesas - mutualité) en caso de sociedades no financieras;
- Agencias de gestión de seguros médicos privados de los empleadores (diferentes de la seguridad social pública y programas de salud para trabajadores del Estado).

Referencias cruzadas

- Organismos de gestión de seguros médicos complementarios (por ejemplo, mutualité) en el caso de las ISFLSH se clasifican en HP.7.9 *Otros organismos de administración de la salud*.

HP.7.9 Otros organismos de administración de la salud

Esta subcategoría es importante para las organizaciones y unidades administrativas que no se pueden clasificar en las categorías anteriores, por ejemplo las encargadas de la generación de fuentes de financiamiento como es el caso de las cuentas de ahorro médicas. Esta categoría comprende también instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (diferentes del seguro social). La administración de la salud de las ISFLSH solo se incluye en esta categoría si no está cubierta en otras categorías de proveedores de servicios de salud.

Ejemplos

- Las ISFLSH que gestionan sistemas públicos de financiamiento de la salud para grupos especiales de población, como los estudiantes.
- Los seguros médicos voluntarios basados en la comunidad gestionados por las ISFLSH.

Nota: Se excluyen las asociaciones de médicos; asociaciones de hospitales; asociaciones de profesionales médicos y sindicatos financiados con las cuotas de sus afiliados, ya que prestan servicios intermedios a sus afiliados y no directamente a los pacientes.

Referencias cruzadas

- *Las unidades de administración OMS* (excluidas las que prestan servicios de salud) que se encargan principalmente de servicios de concertación de pólizas de seguros médicos y de enfermedad se clasifican en HP.7.3 Organismos de administración de seguros médicos privados o HP.7.2 Organismos de seguros sociales de enfermedad dependiendo de la clasificación institucional de los sistemas.

HP.8 Resto de la economía

Esta categoría incluye a los hogares como proveedores de atención de la salud a familiares, cuando existe una transferencia de apoyo social por hacerlo, así como otras industrias que ofrecen atención de la salud como actividad secundaria.

HP.8.1 Hogares como proveedores de atención domiciliaria

El límite del gasto en salud definido en el SHA incluye servicios individuales de salud prestados en los hogares por miembros de la familia, en los casos en que exista un pago de transferencias sociales concedidas con ese propósito. Esta partida, por tanto, comprende los hogares privados como proveedores de atención domiciliaria. La atención no remunerada de los miembros del hogar no se incluye en el marco contable central del SHA. Surgen problemas de comparabilidad de datos entre países y en el tiempo cuando los hogares tienen la posibilidad de escoger entre prestaciones en efectivo y prestaciones en especie, en cuyo caso los dos tipos de atención (por no profesionales dentro de la familia y por enfermeras capacitadas) se consideran sustitutivos aproximados, pero se tratan en forma distinta en la práctica usual de las cuentas nacionales (como prestaciones de salud en especie o transferencias sociales en efectivo). Sin embargo, en el SHA, las partes correspondientes a transferencias en efectivo a los hogares destinadas a los cuidadores de enfermos y discapacitados en los hogares se tratan como producción remunerada a cargo de los hogares.

HP.8.2 Todas las demás ramas de actividad como productores secundarios de servicios de salud

Esta subcategoría incluye organizaciones que ofrecen principalmente servicios de salud como actividad secundaria, por ejemplo, servicios de salud ocupacional en empresas, proveedores de asistencia social con servicios ocasionales de salud, servicios de transporte de pacientes en taxi. Esta categoría de proveedores secundarios varía entre países dependiendo de la acreditación y de las normas para su autorización. Normalmente, en estos establecimientos, la prestación de bienes y servicios de salud constituye una parte minoritaria del valor de producción. **Esta partida comprende todas las organizaciones y ramas de actividad que prestan bienes y servicios de salud como actividad secundaria no clasificados anteriormente.**

Ejemplos

- Servicios de salud ocupacional prestados en domicilios y no en establecimientos de salud;
- Taxis que se encargan del transporte de pacientes bajo supervisión de personal de la salud;
- Servicios de medicina penitenciaria no prestados en establecimientos de salud independientes;
- Mayoristas que suministren también bienes médicos directamente a los consumidores.
- Escuelas con profesionales de salud contratados, por ejemplo para tratar a los niños **enfermos** o realizar cursos de educación en salud.

- Establecimientos de asistencia social que presten de forma limitada servicios de salud y atención de enfermería de larga duración.

Referencias cruzadas:

- Los establecimientos que brindan principalmente atención de enfermería y servicios de rehabilitación a pacientes internos, se clasifican en HP.2. *Establecimientos residenciales de atención de larga duración.*

HP.8.9 Otras ramas de actividad n.e.p.

Esta categoría en la clasificación HP comprende establecimientos que no entran en el conjunto de proveedores de servicios de salud y que no prestan bienes y servicios de salud a personas o grupos de población, pero están especializados en actividades relacionadas con la salud como las identificadas en la clasificación funcional, es decir: (i) *atención de larga duración (social)* y (ii) *promoción de la salud con un enfoque multidisciplinar.*

Establecimientos de *atención social de larga duración* que se encargan principalmente de prestar servicio de asistencia social a ancianos y otras personas que 1) no pueden valerse por sí mismas o 2) no desean vivir solas. Esta categoría incluye organizaciones centradas en servicios sociales cuyo objetivo principal es prevenir y combatir el aislamiento social de las personas con limitaciones funcionales o corporales. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tales como las tareas del hogar, lavado de ropa, la compra, la preparación de comidas, ayudas en las cuentas del hogar, etc., reflejan el alcance de las actividades de asistencia social de larga duración que se pueden prestar tanto en entornos residenciales como en el hogar.

Ejemplos

- Establecimientos de acogida asistida sin atención de enfermería in situ;
- Alojamiento para jubilados con servicios de atención domiciliaria
- Residencias de ancianos sin atención de enfermería in situ.
- Proveedores de asistencia social domiciliaria, por ejemplo especializados en servicios AIVD, como de asistencia domiciliaria, comidas, etc., con servicios adicionales de atención domiciliaria

Referencias cruzadas

- Los servicios de salud y de larga duración se recogen en proveedores primarios y secundarios de salud HP.1-HP.8.2

Los establecimientos que se encargan de *la promoción de la salud con enfoque multidisciplinar* podrían incluir organizaciones encargadas de una amplia gama de medidas de seguridad pública, como las medidas de seguridad de alimentos y agua, intervenciones de control del medio ambiente o medidas de seguridad de tráfico y carreteras.

Ejemplos

- Organismos locales de control de alimentos.
- Empresas de tratamiento de residuos

- Organismos de control del nivel de ruidos y contaminación
- Organismos de seguridad en el transporte

Referencias cruzadas

- Los institutos de salud, los laboratorios que realizan pruebas de la calidad del agua potable, riesgos alimentarios, vigilancia epidemiológica y centros de control de enfermedades, se deben registrar en HP.6 *Proveedores de atención preventiva*.

Nota: Las actividades relacionadas con la investigación y desarrollo relativas a la salud así como la formación y educación en el sector, se han dejado de incluir como partidas relacionadas con la salud, dentro de la clasificación funcional del SHA 2011. Estos gastos, considerados un tipo de inversión, se tienen que volver a codificar como partidas de notificación debajo de la línea, respectivamente en Investigación y Desarrollo o Formación de Personal en la cuenta de capital (véase capítulo 11). En consecuencia, los establecimientos como las escuelas de formación en enfermería, los institutos de investigación médica y los centros de entrenamiento se pueden registrar en la cuenta de capital (es decir, dentro del marco contable ampliado) en HP. 8.9 *Otras ramas de actividad n.e.p* para la clasificación cruzada de proveedores de servicios de salud con la clasificación de agentes de financiamiento.

HP.9 Resto del mundo.

Esta partida comprende **todas las unidades no residentes que prestan bienes y servicios de salud, así como las que realizan actividades relacionadas con la salud**. En ambos casos la prestación se dirige para su uso final a los residentes en el país.¹⁵

¹⁵ En NACE Rev.2 los establecimientos cuya actividad principal sea recoger, almacenar y distribuir productos sanguíneos forman parte de la industria farmacéutica.

PARTE I

Capítulo 7

**Clasificación de los Esquemas de
Financiamiento (ICHA-HF)**

Introducción

Este capítulo presenta un resumen del marco conceptual contable del financiamiento a la salud y uno de sus principales componentes, la nueva clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud (ICHA-HF). Este resumen también sirve de introducción al capítulo 8, en el cual se presenta la clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento (ICHA-FS). Además, en el marco contable del financiamiento de la salud del SHA 2011 se define el concepto de unidades institucionales de financiamiento, incluyendo una clasificación de los agentes de financiamiento (ICHA-FA), como una herramienta para poder realizar un análisis nacional más detallado (véase anexo A4). Las tres clasificaciones son las herramientas para disponer de unas cuentas más exhaustivas del financiamiento de la servicios de salud. Estos tres componentes del marco contable son necesarios para analizar de forma exhaustiva y describir el flujo de recursos financieros del sistema de salud. Esta introducción, por tanto, sirve para definir los conceptos básicos y destacar sus relaciones. La importancia de cada una de las clasificaciones y tabulaciones cruzadas puede ser diferente para cada país, dependiendo de la estructura organizativa y el nivel de recursos de sus esquemas de salud, así como de su nivel de desarrollo económico y su dependencia de recursos externos.

Este capítulo aborda el financiamiento del consumo final de bienes y servicios de salud; el capítulo 11 trata del financiamiento de la formación del capital fijo. El capítulo 7, se centra en los instrumentos contables para la asignación de los recursos, mientras que el capítulo 8 se centra en los instrumentos contables para la captación de los ingresos.

El objetivo del marco contable del financiamiento a la salud es ayudar a los productores y analistas de las cuentas a tener una imagen clara y transparente del financiamiento del sistema de salud, incluyendo información relevante sobre la estructura y los flujos financieros (transacciones). Esto incluye producir indicadores – comparables entre países y a lo largo del tiempo – que puedan servir para evaluar el desempeño de los esquemas de financiamiento de la salud.

Los esquemas de financiamiento a la salud movilizan y asignan fondos dentro del sistema de salud, para satisfacer las necesidades de salud de la población (individuales y colectivas) actuales y de futuro. Las personas pueden acceder a los servicios de atención realizando pagos directos por los bienes y servicios que consumen, o a través de acuerdos de financiamiento con terceros, como pueda ser el Servicio Nacional de Salud, un seguro social o un seguro voluntario.

El concepto de esquema de financiamiento de la salud es una ampliación del concepto de esquemas de protección social definido por el Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS). El manual de SEEPROS menciona: “el concepto de protección social [claro y directo] empieza desde el punto

de vista de los beneficiarios”. La política de salud se encarga de garantizar el acceso a los servicios de salud, por lo que el planteamiento de la SEEPROS se considera un punto de partida importante.

SEEPROS define los esquemas de protección social de la forma siguiente: “Un sistema de protección social es un cuerpo definido de reglas, apoyado por una o más unidades institucionales, que regula la provisión de prestaciones de protección social y su financiamiento...las unidades institucionales pueden sustentar más de un esquema de protección social, cuando administran y proveen diversos tipos de beneficios sociales. Por otra parte, un esquema de protección social único puede estar sustentado por varias unidades institucionales... *El cuerpo de reglas* mencionado en esta definición se puede establecer de derecho, en virtud de las leyes, reglamentos o contratos, o de hecho, en virtud de la práctica administrativa...”.

La estructura del sistema de financiamiento de la salud incluye dos tipos de entidades: *esquemas de financiamiento* (como el servicio nacional de salud, seguro social de salud, el seguro voluntario, etc.) y las *unidades institucionales* (agentes de financiamiento, como por ejemplo unidades gubernamentales, agencia de la seguridad social, compañías privadas de seguros, etc.) que gestionan en la práctica los esquemas de financiamiento. Un esquema de seguro social, por ejemplo, define quiénes están obligados a participar en el mismo, las condiciones para tener derecho a los servicios de salud, el conjunto de prestaciones y las normas para recaudar y centralizar las aportaciones. El esquema lo puede gestionar un solo organismo público, o un fondo específico de seguros, o un organismo público y una compañía de seguros al mismo tiempo. Las tres funciones del sistema de financiamiento de la salud son: recaudación, mancomunación de recursos y compra de servicios. Por ejemplo, el pago de cotizaciones a un fondo nacional único y la distribución de los recursos, primero a las diferentes organizaciones de compra y después, a los servicios y sus proveedores. Las transacciones las realizan los agentes de financiamiento, según las normas establecidas en el esquema de financiamiento.

El marco contable del SHA para contabilizar el financiamiento de la salud permite analizar los siguientes asuntos de principal importancia¹:

- Cómo se recaudan los fondos de un esquema de financiamiento de la salud específico [tablas HFxFS];
- Qué unidades institucionales de la economía movilizan los ingresos de un esquema de financiamiento específico [HFxFS.RI²; and HFxFSxFS.RI];
- A través de qué modelos de financiamiento tienen las personas acceso a las atenciones [Clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud:³ ICHA-HF]. El papel (o participación) de los principales esquemas de financiamiento de

¹ Para los países que les ha resultado de utilidad identificar quién compra los distintos factores de producción, la tabla HFxFP puede ser también pertinente. Un ejemplo es cuando algunas entidades no residentes en el resto del mundo (RdM) pueden suministrar insumos específicos en especie (o financiamiento). Una administración central se puede concentrar en el pago a los recursos humanos.

² FS.RI se refiere a las unidades institucionales que aportan los ingresos a los esquemas de financiamiento. Son partidas de notificación en la clasificación FS. Véase capítulo 8.

³ Los programas públicos de financiamiento, el seguro social obligatorio, el seguro voluntario, los pagos directos, programas de ayuda extranjeros, etc.

la salud en el sistema de salud de un país [tabla HF];

- El tipo de servicios que se garantizan (compran) en los distintos esquemas de financiamiento. Cómo se asignan los recursos en los esquemas de financiamiento entre los diferentes servicios [tabla HCxHF];
- Cómo se financian bienes y servicios específicos. Por ejemplo, qué parte del gasto en atención con internamiento la cubre el seguro obligatorio, el seguro voluntario o los pagos directos (OOPS) [tabla HCxHF];
- Cómo se asignan los recursos de los diferentes esquemas de financiamiento entre los diferentes grupos de beneficiarios, como por ejemplo, para diferentes enfermedades. [tabla Beneficiarios xHF];
- “Dónde va el dinero” A qué proveedores se compran los servicios en un esquema de financiamiento específico [tabla HPxHF];
- Cómo se gestiona el financiamiento de la salud en un país. Qué tipos de acuerdos institucionales se utilizan para regular los fondos de los esquemas de financiamiento de la salud. Qué cambios se han producido en las disposiciones institucionales en cuanto a financiamiento de la salud durante un período determinado [tablas HFxFA];

Concepto principal

Resumen del marco contable de financiamiento a la salud

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

El marco contable del financiamiento a la salud se compone de:

- Conceptos y definiciones básicas
- Clasificaciones (capítulos 7 y 8 y anexo D)
- Cuentas (tablas): cuentas de asignación de recursos; y cuentas de recaudación de fondos (capítulo 15 y anexo D)
- Indicadores básicos
- Cuentas de análisis sectorial de los principales esquemas de financiamiento y de las unidades institucionales (anexo D)

Conceptos básicos

El marco contable del financiamiento a la salud en el SHA 2011 no intenta mostrar al detalle toda la complejidad del sistema de financiamiento de la salud. Más bien se centra en los aspectos más importantes, desde la perspectiva contable del gasto en salud.

Los conceptos básicos para describir la estructura y transacciones básicas del sistema de financiamiento en el SHA 2011 son los siguientes:⁴

- *Esquemas de financiamiento de la salud*, que son los principales “módulos” de la estructura funcional del sistema de financiamiento de la salud: los principales mecanismos de financiamiento, con los que se pagan los servicios de salud que la población recibe. Por ejemplo, los pagos directos de los hogares, o los acuerdos de financiamiento con terceros, como el seguro social de salud, el seguro voluntario, etc. Aunque los esquemas de financiamiento son clave para la compra de los servicios de salud, incluyen también normas para otras funciones, como por ejemplo la recaudación y mancomunación de recursos en el mismo.⁵
- *Tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento*: es el enfoque utilizado para identificar, clasificar y medir el conjunto de fuentes de ingresos de cada uno de los esquemas de financiamiento (por ejemplo, cotizaciones a la seguridad social para financiar las compras de los esquemas de la seguridad social y donaciones para sostener las organizaciones sin fines de lucro). La medición de las fuentes de ingresos de cada esquema de financiamiento, así como de todo el sistema, ofrece información esencial para los encargados de formular las políticas, sobre todo en lo que respecta a la mezcla entre el gasto público y el privado (véase capítulo 8).
- *Unidades institucionales de los esquemas de financiamiento de salud*, que pueden ser los proveedores de ingresos de los esquemas de financiamiento (por ejemplo los hogares o las empresas); y/o la función de los agentes de financiamiento que gestionan uno o más esquemas de financiamiento. Los agentes de financiamiento son las unidades institucionales que administran los esquemas de financiamiento de salud en la práctica: recaudan fondos y compran servicios. Por ejemplo, los gobiernos locales, las agencias de la seguridad social, las compañías privadas de seguros, las organizaciones sin fines de lucro. (La estructura de los agentes de financiamiento no siempre refleja los modelos funcionales que cubren las estrategias de pagos y adquisiciones de los esquemas de salud).

En el SHA 2011, los conceptos clave que definen la estructura del sistema de financiamiento de la salud se basan en la medición de: (a) el gasto de los esquemas de financiamiento de la salud, con los que se compran los bienes y servicios directamente a los proveedores de servicios, y (b) de los distintos tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud (tales como ingresos públicos internos, cotizaciones a la seguridad social, pagos voluntarios, etc.). Los esquemas de financiamiento son los “módulos básicos” de la estructura del sistema de financiamiento a la salud de un país: Las principales modalidades de financiamiento a través de las cuales la población puede acceder a los servicios de salud son: los esquemas gubernamentales, la seguridad social y el seguro voluntario. Los agentes de financiamiento se consideran unidades institucionales

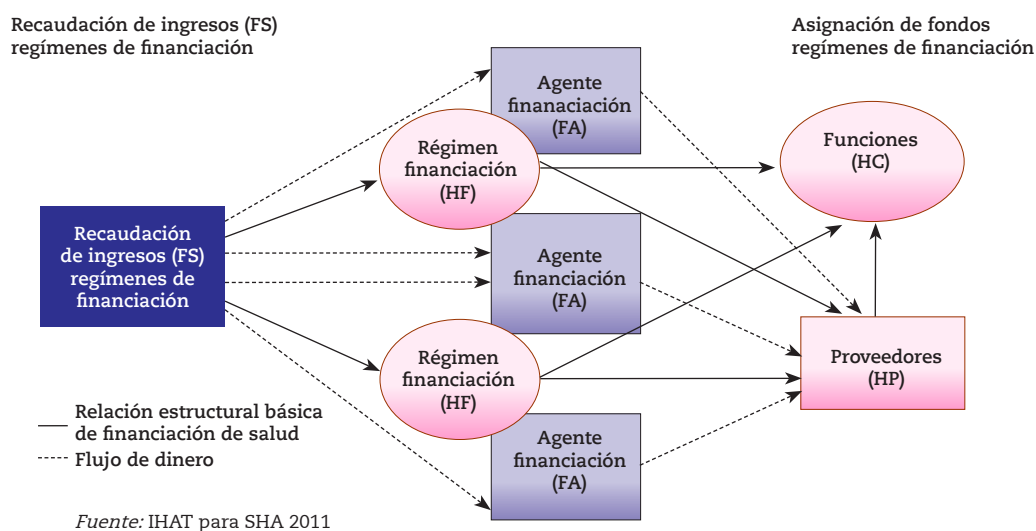
⁴ Los programas públicos de financiamiento, el seguro social obligatorio, el seguro voluntario, los pagos directos, programas de ayuda extranjeros, etc.

⁵ Los esquemas de financiamiento son un enfoque flexible de las estructuras funcionales de financiamiento. Por ejemplo, pueden incluir modelos funcionales mixtos, como asociaciones públicas y privadas.

que gestionan los esquemas de financiamiento en la práctica. No existe una correspondencia biunívoca entre esquemas de financiamiento y los agentes de financiamiento. En Eslovaquia, por ejemplo, en 2009 el seguro social obligatorio lo gestionaban dos organismos públicos y cuatro compañías privadas de seguros. Otro caso es el de Países Bajos, donde las compañías privadas de seguros gestionan esquemas de seguros privados obligatorios y voluntarios al mismo tiempo⁶. En este caso, las empresas de seguros se acogen a dos reglamentos diferentes. Por ejemplo, tienen que aceptar a todo el mundo en el seguro obligatorio de enfermedad, pero pueden aplicar primas en función del riesgo y rechazar a determinadas personas en el seguro voluntario.

Es necesario distinguir claramente, por un lado, los conceptos que permiten analizar el financiamiento del consumo de bienes y servicios de salud y, por el otro, los procesos de recopilación de datos. Los esquemas de financiamiento de la salud (HF) son las unidades básicas para poder analizar el financiamiento del consumo de bienes y servicios de salud. Los datos sobre las transacciones se pueden obtener de los agentes de financiamiento que gestionan los distintos esquemas de financiamiento, o también de los proveedores, dependiendo de los esquemas estadísticos de cada país. Por decirlo de otra manera: las categorías de los esquemas de financiamiento son las unidades básicas de análisis en el SHA 2011, para las cuales se recogen los datos a partir de los agentes de financiamiento o proveedores. (Para más información, véase sección Asuntos conceptuales específicos).

Gráfico 7.1 Representación gráfica de la estructura de financiamiento del SHA 2011



⁶ En Holanda, las compañías privadas de seguros pueden gestionar el seguro social de salud, lo mismo que las administraciones de la seguridad social pueden gestionar el seguro complementario privado. Para ello, era obligatorio separar las estructuras de cada actividad. Desde el cambio en las estructuras de financiamiento en 2006, ya no es necesario, aunque se tienen que separar las cuentas de cada actividad.

Clasificaciones y tablas

Las tablas de las cuentas de salud contienen información sobre:

- *Cómo se asignan los fondos de un esquema específico de financiamiento a la salud*; Qué servicios consumen las personas o la comunidad en su conjunto. A qué proveedores compra un esquema de financiamiento concreto (HCxHF y HPxHF y HCxHPxHF). Qué unidades institucionales gestionan la compra de servicios en un esquemas de financiamiento concreto. (HFxFA, HCxHFxFA y HPxHFxFA).
- *Cómo recauda sus fondos un esquema de financiamiento concreto*: De qué forma recaudan fondos los esquemas de financiamiento (HFxFS). Qué unidades institucionales de la economía movilizan los ingresos de un esquema de financiamiento concreto. (Tablas HFxFS.RI; y HFxFS.RI);

Las cuentas sectoriales (véase anexo D) son herramientas para hacer análisis específicos en cada país. Las cuentas sectoriales permiten analizar por separado los principales esquemas de financiamiento de la salud y los sectores institucionales del sistema de salud. Las cuentas sectoriales organizan los datos de forma diferente, muy parecida a como se hace en las cuentas nacionales. Aportan información de un esquema de financiamiento o unidad institucional determinada (en base a los criterios de las cuentas nacionales, por ejemplo: gobierno central, hogares) que no se puede conseguir en ninguna de las tablas del SHA⁷. Una cuenta sectorial del gobierno, por ejemplo, presenta – en forma de una cuenta en T – los ingresos totales específicos de salud (a la derecha de la cuenta) y los gastos del gobierno, incluidos los pagos a proveedores y transferencias a otros esquemas de financiamiento (en la parte izquierda).

La tabla 7.1 muestra las variaciones en el marco contable del financiamiento de la salud en el SHA 2011 con respecto al SHA 1.0. El SHA 1.0 utilizaba “financiamiento de servicios de salud” como término general para la partida HF, lo cual era muy poco preciso, ya que podía incluir esquemas de financiamiento y sus ingresos, así como agentes de financiamiento. Los agentes de financiamiento como concepto no han cambiado con respecto a la Guía del Productor. Basándose en documentación relevante sobre políticas de salud, el SCN y SEEPROS, el concepto de “esquemas de financiamiento de la salud” es un término que se ajusta mejor a la partida HF.

El marco conceptual del financiamiento:

- Se basa en el concepto *esquema de financiamiento*, analizado por: los esquemas de financiamiento, las fuentes de ingresos de cada sistema y de las unidades institucionales (agentes de financiamiento) que los gestionan;
- Diferencia entre sectores institucionales de la economía que aportan los recursos a los esquemas de financiamiento y flujo de estos recursos, es decir los tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento (mecanismos de recaudación de fondos);

⁷ La matriz HFxFS aporta información sobre la forma de recaudar los fondos en todo el sector de servicios de salud. Puede que sea necesaria más información sobre la recaudación de fondos y uso de recursos (incluida la información sobre los déficits y los superávits) de los esquemas de financiamiento más importantes. Las cuentas sectoriales son el medio para conocer dicha información.

Tabla 7.1 **Conceptos básicos de financiamiento a la salud y clasificaciones en el SHA 2011 y SHA 1.0/Manual del productor**

Conceptos básicos	
SHA 2011	SHA 1.0/MP
Esquemas de financiamiento de la salud (HF) Agentes de financiamiento (unidades institucionales que aplican y gestionan esquemas de financiamiento) (FA)	Financiamiento de servicios de salud (HF en SHA 1.0) Fuentes de financiamiento (HF en SHA 1.0) Agentes de financiamiento (HF en MP)
Ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud (FS) Unidades institucionales de la economía¹²⁴ que aportan los ingresos de los esquemas de financiamiento	Fuentes de financiamiento definidas como unidades institucionales (FS en MP)
Clasificaciones	
SHA 2011	SHA 1.0/PG
ICHA-HF Clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud Clasificación ICHA-FA de agentes de financiamiento	ICHA-HF Clasificación del financiamiento a la salud (SHA 1.0) Clasificación de los agentes de financiamiento (MP)
Clasificación ICHA-FS de los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud	ICHA-FS Clasificación de las fuentes de financiamiento (MP) definidas por las unidades institucionales

Fuente: IHAT para SHA 2011

- Cambia el foco de las “fuentes de financiamiento” como instituciones, a los distintos tipos de ingresos de los esquemas de financiamiento (transacciones), ya que son más importantes desde el punto de vista de las políticas de salud;
- Distingue entre esquemas de financiamiento (HF) y unidades institucionales (agentes de financiamiento: FA) que los gestionan;
- Interpreta los esquemas de financiamiento (HF) como los componentes funcionales básicos del sistema de financiamiento a la salud, conectándolos a los proveedores y a las funciones en el marco tri-axial del SHA;
- Permite distinguir las diferentes funciones que las unidades institucionales desempeñan en el sistema de salud, como por ejemplo los hogares y el gobierno. (véase gráfico 7.5)
- Brinda la posibilidad de realizar análisis nacionales para ver la relación (i) entre las unidades institucionales que aportan los ingresos, los diferentes tipos de ingresos y los esquemas de financiamiento; (ii) entre los esquemas de financiamiento y los agentes de financiamiento; (iii) entre esquemas de financiamiento, agentes de financiamiento y proveedores de servicios de salud; (iv) entre esquemas de financiamiento, agentes de financiamiento y funciones de salud;
- Brinda la posibilidad de vincular los análisis sobre el financiamiento en el SHA con otros sistemas estadísticos, para elaborar cuentas sectoriales de los esquemas más importantes de financiamiento, o de los agentes de financiamiento.

En un sistema de financiamiento de salud sencillo, puede que haya una correspondencia biunívoca entre los ingresos de los esquemas, los esquemas de

⁸ Las categorías de los sectores institucionales en el SCN (como los hogares, sociedades, administraciones, resto del mundo) se utilizan para representar las unidades institucionales como proveedores de ingresos en las tablas SHA pertinentes

financiamiento y los agentes de financiamiento. Por ejemplo, el servicio nacional de salud de un país determinado puede estar financiado con los fondos públicos generales y gestionado por un gobierno. Sin embargo, ni en la teoría ni en la práctica es lo típico. Un esquema de financiamiento puede obtener sus ingresos de varias fuentes y puede estar gestionado por más de un tipo de unidad institucional (agentes de financiamiento). Por ejemplo, los seguros sociales de salud pueden recaudar sus ingresos no solo de las cotizaciones de trabajadores y empleadores, sino también de transferencias del presupuesto del gobierno general. Además, un esquema de seguro social de salud lo puede gestionar una entidad gubernamental y compañías privadas de seguros al mismo tiempo.

Las definiciones de las categorías de los esquemas de financiamiento de la salud en la ICHA-HF se han creado con la intención de facilitar la notificación de los gastos políticamente relevantes a fin de que sea posible compararlos a lo largo del tiempo y entre diferentes países. La clasificación de los esquemas de financiamiento según ICHA-HF, no requiere cambios importantes en la práctica actual de notificación en la mayoría de los países, sobre todo en los que exista una correspondencia entre el agente de financiamiento y el esquema de financiamiento. De hecho, en muchos casos las categorías revisadas en la ICHA-HF están mejor alineadas con las prácticas actuales de notificar los datos de gasto en salud en los países. La definición revisada y las categorías de la ICHA-HF son importantes desde el punto de vista de la política de salud y reflejan la opinión dominante sobre el financiamiento en la literatura sobre el tema.

La clasificación HF en el SHA 2011 ofrece más información de algunas categorías, sobre todo del seguro voluntario. La importancia de las categorías para los países dependerá de las características de sus esquemas de servicios de salud concretos.

Conceptos y categorías principales de los esquemas de financiamiento de la salud

Cada sistema de financiamiento de un país se compone de varios “módulos” que forman subesquemas o modalidades de financiamiento⁹. Las características básicas de un subsistema de financiamiento son su cobertura (quién tiene derecho a los servicios) y las características de las funciones básicas de financiamiento de la salud: recaudación de fondos, la mancomunación de fondos y la compra y pago de los servicios de salud (es decir, la asignación de fondos a los proveedores y servicios) (Kutzin, 2001; Mossialos and Dixon, 2002; WHO 2000). Un subsistema de financiamiento puede requerir una combinación de mecanismos de contribución y una mezcla de métodos de compra y de organizaciones. Por ejemplo, los esquemas de seguros sociales pueden incluir no solo las cotizaciones obligatorias, sino también transferencias de fondos provenientes de los ingresos del gobierno general.

⁹ Gottret y Schieber (2006) propusieron las modalidades de financiamiento siguientes, con diferentes mecanismos de unificación de riesgos: Ministerio de salud/esquemas nacionales de seguros, esquemas de seguros sociales de salud, seguros de salud comunitarios, seguros de salud privados o voluntarios

Base jurídica de los esquemas de financiamiento

La base jurídica de los esquemas de financiamiento es importante para poder distinguir entre seguro social obligatorio y seguro privado obligatorio. Los esquemas de financiamiento basados en terceros pueden establecerse y operarse como sigue: los que se acogen al derecho público y se gestionan públicamente; los que se acogen al derecho privado y son gestionados de forma privada; o los que se acogen al derecho público y son gestionados de forma privada¹⁰.

- Un esquema de financiamiento por terceros se puede constituir mediante una ley pública específica con el fin de aplicar medidas de protección contra los riesgos financieros de la mala salud, dirigido a la sociedad en su conjunto, o a determinados grupos de la sociedad (personas asalariadas, colectivos desfavorecidos de la población, etc.). La gestión del esquema de financiamiento es también regulada mediante derecho público, por lo que las normas que regulan la operación de las instituciones encargadas de dicha gestión difieren en muchos aspectos de la gestión de la economía de mercado. (Esquemas gubernamentales, seguros sociales de salud).
- Los agentes privados de la economía pueden crear un esquema de financiamiento por terceros y gestionarlo mediante derecho privado. Un ejemplo es el seguro de salud voluntario.
- Se puede implantar un esquema de financiamiento por terceros mediante una ley pública específica con el fin de aplicar medidas de protección contra el riesgo financiero de la enfermedad de la sociedad en su conjunto, o de determinados colectivos sociales. Sin embargo, la necesidad de adquirir un contrato es decisiva para distinguir entre un seguro privado obligatorio y un seguro social. La gestión del esquema de financiamiento (que supone muchos elementos de la relación entre asegurador y asegurado) es regulada bajo el derecho privado (como por ejemplo, el seguro de salud privado obligatorio de los Países Bajos).

Criterios para distinguir las categorías de los esquemas de financiamiento

El listado siguiente contiene los principales criterios para distinguir los diferentes esquemas de financiamiento de la salud:

- Residencia o no residencia (extranjera) del esquema, ya sea con cobertura obligatoria o voluntaria (modo de participación)
- Derecho a la prestación – contributiva o no contributiva (bases del derecho a la prestación)
- Contribuciones voluntarias u obligatorias
- Contribuciones pre-pagadas o realizadas en el momento de utilizar el servicio
- La mancomunación de los fondos es interpersonal o exclusiva de la persona o familia
- La compra de una póliza de seguro se requiere o no

¹⁰ En términos generales, el derecho público regula la relación entre los individuos (ciudadanos, empresas) y el gobierno el gobierno. El derecho privado afecta las relaciones entre grupos o individuos sin la intervención del gobierno central y otras administraciones. En muchos casos, la distinción entre derecho público y privado se confunde.

Desde una perspectiva de políticas, las características básicas para distinguirlos son:

- Si la participación es obligatoria por ley (o por otro tipo de regulación gubernamental) o si es voluntaria; y
- Si el derecho a la prestación se basa en una contribución (abonada por la persona o en nombre de la persona que va a recibir la cobertura) o en la ciudadanía, residencia, nivel de ingresos, etc.

El SHA 2011 utiliza los términos “obligatorio” en el sentido de que el cumplimiento es obligatorio por ley (o reglamento gubernamental).

Sin embargo, existen algunas modalidades de financiamiento complejas que requieren más categorías en lo que se refiere al modo de participación y al derecho a recibir los beneficios.

El modo de participación es la relación entre las personas (residentes en un país) y los diferentes esquemas de financiamiento. Por tanto, se pueden establecer las categorías siguientes:

- Obligatorio:
 - La cobertura de la población es automática, universal para todos los ciudadanos o residentes (por ejemplo, los servicios nacionales de salud);
 - La participación (pago de cotizaciones) es obligatoria por ley para toda la población, o grupos definidos de población (seguro social de salud o seguros privados obligatorios);
- Voluntaria:
 - Cobertura a determinadas personas, grupos o empresas de forma discrecional (por ejemplo, seguros de salud voluntarios para colectivos o personas).

Las bases para el derecho a la prestación son las condiciones generales (normas básicas) que dan acceso a las atenciones en los distintos esquemas de financiamiento. La forma en que una persona adquiere el derecho a los servicios de salud en un esquema de financiamiento puede ser:

- No contributiva: definida por la constitución o la ley (ciudadanos/residentes, o para determinadas personas o grupos en el país) sin vinculación al pago de una contribución específica;
- Contributiva: definida por la ley o una regulación gubernamental, que requiere el pago de cotizaciones de la persona o de otra entidad, en nombre de la persona (por ejemplo, el seguro social de salud);
- Discrecional: basada en la discreción de una entidad privada (fundación caritativa, empleador, entidad extranjera);

El método de obtención de fondos es el mecanismo mediante el cual se definen y recaudan los ingresos en un determinado esquema de financiamiento. Los principales son: ingresos gubernamentales internos, cotizaciones obligatorias al seguro vinculadas a los ingresos, primas obligatorias no condicionadas al ingreso, primas de seguro voluntarias (en función del riesgo o sin vinculación con éste), otras transferencias internas de carácter voluntario, transferencias del extranjero, etc. La clasificación de ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud (véase

capítulo 8) incluye sólo los principales tipos de ingresos y no distingue entre los distintos aspectos mencionados (por ejemplo, entre primas de seguro en función de los ingresos y las que no se relacionan con el ingreso). Las distinciones básicas son:

- Obligatoria:
 - Impuestos y otros fondos públicos generales
 - Pre-pago obligatorio (por ejemplo, seguro social de salud, seguro privado obligatorio, cuentas médicas de ahorro obligatorias)
- Voluntaria:
 - Pagos voluntarios a los seguros de salud y pagos directos

El mecanismo y cobertura de los fondos mancomunados y la reasignación de los fondos se define en la reglamentación del esquema determinado. Los principales tipos pueden ser las contribuciones relacionadas con el ingreso mancomunadas a nivel nacional; escalas obligatorias de primas fijadas a nivel nacional por mandato comunitario, escalas de primas a nivel local (agente de financiamiento), cotizaciones en función del riesgo. En el caso de los sistemas de salud descentralizados (tanto los que son financiados por seguros de salud o por impuestos generales) pueden existir mecanismos para reasignar los fondos recaudados. En el caso de los pagos directos de los hogares, no existe la mancomunación de los fondos. Las distinciones básicas son:

- Mancomunación entre individuos
 - A nivel geográfico, tal como nacional o sub-nacional
 - A nivel del esquema, tal como fondos de seguro o “programas”
- Sin mancomunación interpersonal
 - Pagos directos, cuentas de ahorros médicas obligatorias

La tabla 7.2 resume las principales características de los esquemas de financiamiento en función de los criterios expuestos. El gráfico 7.2 representa un “árbol de decisiones” donde se pueden ver cómo la combinación de estos criterios define las principales categorías de los esquemas de financiamiento de la salud. El “árbol de decisiones” es un algoritmo específico para que los expertos puedan crear las categorías correspondientes a su país.

La clasificación de los esquemas de financiamiento cumple también los requisitos estadísticos básicos de las clasificaciones, por ejemplo, las categorías son mutuamente excluyentes.

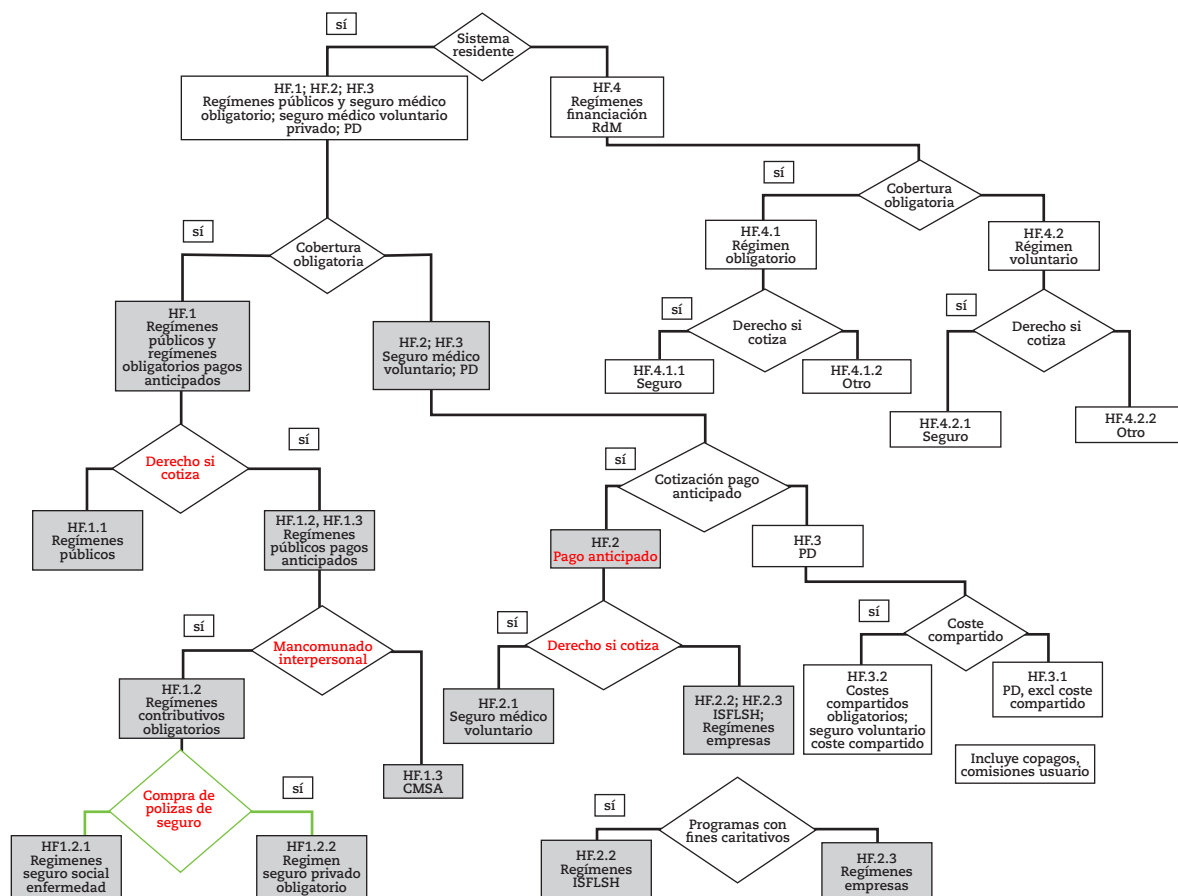
La partida HF.1.2.1 y la árbol de decisiones contienen algunas simplificaciones: la partida esquemas de seguros sociales de salud (HF.1.2.1) no muestra que los esquemas de seguros sociales incluyen ciertos programas de seguridad social, en los que el pago por servicios de salud es complementario a los beneficios principales, como es la pensión o las prestaciones por desempleo. En estos países, los esquemas de la seguridad social no se denominan seguros de salud. (Para más información, véase sección en HF.1.2.1.)

Tabla 7.2. Principales características de los esquemas de financiamiento a la salud

	Modo de participación	Derecho a la prestación	Método básico de obtención de fondos	Mancomunación
HF.1.1. Esquemas gubernamentales	Automático: para todos los ciudadanos / residentes; o un grupo específico de población (p.ej. los pobres) definidos por ley o regulación gubernamental.	No contributiva, universal para un grupo específico de la población o categoría de enfermedad definida por ley (p.ej. TB, VIH, oncología).	Obligatoria: ingresos presupuesto (principalmente impuestos).	Nacional, subnacional, o a nivel de programa.
HF.1.2.1 Seguros sociales de salud	Obligatoria: para todos los ciudadanos /residentes; o grupo específico de la población definido por ley/regulación gubernamental. En algunos casos, para estar afiliado es necesario realizar alguna actividad concreta.	Contributiva: pago por o a nombre de la persona asegurada.	Obligatoria: cotización al seguro de salud sin relación al riesgo. Las cotizaciones las puede pagar el gobierno (de los presupuestos estatales) en nombre de algunos grupos no contributivos de la población y puede dar subsidios al esquema.	Nacional, subnacional, o por esquema; con fondos múltiples, el grado de mancomunación dependerá de los mecanismos de distribución del riesgo entre los esquemas,
HF.1.2.2 Seguros privados obligatorios	Obligatoria: para todos los ciudadanos /residentes; o grupo específico de la población definido por ley/regulación gubernamental.	Contributiva: en base a la compra de una póliza de seguro a una compañía de seguros	Primas de seguro de obligatorias. Pueden existir créditos fiscales.	Nacional, subnacional, o por esquema; con fondos múltiples, el grado de mancomunación dependerá de los mecanismos de distribución del riesgo entre los esquemas. También depende del grado de regulación de la prima, y la estandarización de las prestaciones de los esquemas.
HF.1.3 Cuentas de ahorros médicos obligatorias (CAMO)	Obligatoria: para todos los ciudadanos /residentes; o grupo específico de la población definido por ley/regulación gubernamental.	Contributiva: basada en la adquisición de una CAM; las personas con una CAM solo utilizan el dinero ahorrado, con independencia de si el ahorro cubre los costos del servicio de atención.	Obligatoria, definida por ley (p.ej. un porcentaje de los ingresos).	No inter-personal (salvo quizá para los miembros de la familia).
HF.2.1 Seguros de salud voluntarios	Voluntaria	Contributiva: basada en la compra voluntaria de una póliza de seguro voluntario (normalmente con un contrato).	Normalmente la prima no depende de los ingresos (con frecuencia se relaciona directa o indirectamente relacionada con el riesgo). El gobierno puede subvencionar directa o indirectamente (p.ej., créditos fiscales).	A nivel del esquema
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	Voluntaria	No contributiva, discrecional.	Donaciones del público en general, gobiernos (presupuesto del Estado o ayudas extranjeras) o empresas.	Varía según programas, pero normalmente para el programa.
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas (que no sean seguros basados en el empleador)	Elección voluntaria de la compañía, con cobertura en función del empleo en dicha empresa (p.ej. salud ocupacional obligatoria).	No contributiva, discrecional con respecto al tipo de servicios, aunque a veces se especifica por ley.	Voluntaria: la empresa elige utilizar sus ingresos a este fin.	En cada empresa.
HF.3 Gasto directo de los hogares	Voluntaria: voluntad de pagar del hogar.	Contributiva: el servicio se presta si se paga.	Voluntaria: ingresos disponibles y ahorros del hogar.	No interpersonal.
HF.4 Esquemas de financiamiento RdM	Obligatoria o Voluntaria	Los criterios los fijan las entidades extranjeras.	Donaciones y otras transferencias voluntarias de las entidades extranjeras.	Varía según programas.

Fuente: IHAT para SHA 2011

Gráfico 7.2 **Árbol de decisiones para el financiamiento de la salud**



Definición de esquema de financiamiento de la salud¹¹

Los esquemas de financiamiento son **componentes estructurales del sistema de financiamiento de la salud: son las principales modalidades de financiamiento a través de las cuales la población accede a los servicios de salud. Los esquemas de financiamiento de la salud incluyen pagos directos de los hogares por los bienes y servicios y acuerdos de financiamiento en base a terceros.** Los esquemas de financiamiento por terceros se definen por un conjunto de normas que regulan el modo de participación, el derecho a los servicios de salud y la forma de obtener y la forma en que se recaudan los fondos y se mancomunan los recursos.

La tabla 7.3 muestra la clasificación completa de HF.¹²

¹¹ La palabra esquema se utiliza en muchos campos, desde el matemático, lingüístico y de gestión, con diferentes significados, entre los que cabe citar: Un plan de acción sistemático y elaborado; un sistema: un grupo de componentes independientes pero interrelacionados que comprenden un todo unificado. El término esquema de financiamiento de la salud se utiliza en la política de salud como sinónimo de acuerdo de financiamiento o subsistema de financiamiento de la salud.

¹² La tabla 7.4 compara la estructura de la clasificación ICHA-HF en el SHA 2011 con el SHA 1.0.

Tabla 7.3 **Clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud**

Código	Descripción
HF.1	Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos y obligatorios
HF.1.1	Esquemas gubernamentales
HF.1.1.1	Esquemas del gobierno central
HF.1.1.2	Esquemas del gobierno regional y local
HF.1.2	Esquemas de seguros obligatorios contributivos
HF.1.2.1	Esquemas de seguros sociales de salud
HF.1.2.2	Esquemas de seguros privados obligatorios
HF.1.3	Cuentas de ahorros médicas obligatorias
HF.2	Esquemas de pago voluntarios de servicios de salud
HF.2.1	Esquemas de seguros voluntarios
HF.2.1.1	Esquemas de seguros primarios/sustitutivos
HF.2.1.1.1	Seguros de los empleadores (que no sean esquemas de empresas)
HF.2.1.1.2	Seguros voluntarios públicos
HF.2.1.1.3	Otros esquemas de cobertura primaria
HF.2.1.2	Esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios
HF.2.1.2.1	Seguro voluntario basado en la comunidad
HF.2.1.2.2	Otros seguros voluntarios complementarios/suplementarios
HF.2.2	Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro
HF.2.2.1	Esquemas de financiamiento ISFLSH (excluyendo HF.2.2.2)
HF.2.2.2	Esquemas de agencias extranjeras residentes
HF.2.3	Esquemas de financiamiento de empresas
HF.2.3.1	Esquemas de financiamiento de empresas (excepto los proveedores de servicios de salud)
HF.2.3.2	Esquemas de financiamiento de los proveedores de servicios de salud
HF.3	Gasto directo de los hogares
HF.3.1	Gastos directos excluidos los pagos compartidos¹²⁹
HF.3.2	Costos compartidos con terceros
HF.3.2.1	Gastos directos con costos compartidos con los esquemas gubernamentales y esquemas de seguros obligatorios contributivos
HF.3.2.2	Gastos directos con costos compartidos con esquemas de seguros voluntarios
HF.4	Esquemas de financiamiento del resto del mundo
HF.4.1	Esquemas obligatorios (no residentes)
HF.4.1.1	Esquemas de seguros obligatorios (no residentes)
HF.4.1.2	Otros esquemas obligatorios (no residentes)
HF.4.2	Esquemas voluntarios (no residentes)
HF.4.2.1	Esquemas de seguros voluntarios (no residentes)
HF.4.2.2	Otros esquemas (no residentes)
HF.4.2.2.1	Esquemas ONG filantrópicas/internacionales
HF.4.2.2.2	Esquemas de agencias de desarrollo extranjeras
HF.4.2.2.3	Esquemas de enclaves (p.ej. organizaciones internacionales o embajadas)
Partidas de Notificación	
Agentes de financiamiento que gestionan los esquemas de financiamiento	
HF.RI.1.1	Gobierno
HF.RI.1.2	Empresas
HF.RI.1.3	Hogares
HF.RI.1.4	ISFLSH
HF.RI.1.5	Resto del mundo
Esquemas de financiamiento y costos compartidos	
HF.RI.2	Esquemas gubernamentales y esquemas de contributivos obligatorios con pagos compartidos (HF.1 + HF.3.2.1)
HF.RI.3	Seguros de salud voluntarios juntos con costos compartidos (HF.2+HF.3.2.2)

Fuente: IHAT para SHA 2011

¹³ Esta categoría incluye pagos no oficiales. De hecho, los pagos compartidos incluyen pagos no oficiales. Sin embargo, los pagos no oficiales o en dinero negro no se consideran un costo compartido, sino un pago directo.

Para facilitar la definición de un esquema de financiamiento, a continuación se describe la conexión entre criterios y jerarquía de decisiones. La lógica de esta jerarquía es cumplir una norma muy importante: cada esquema se puede clasificar una sola vez. Los criterios de clasificación deben ser lo más claros posibles, para que cada esquema se pueda clasificar en un solo sitio.

- La primera pregunta es si el esquema está en el país o en el extranjero. Los esquemas de financiamiento del resto del mundo se refieren a los constituidos en el extranjero (generados y regulados en el extranjero). Los esquemas residentes se clasifican sin tener en cuenta el origen de sus recursos.
- En ambos casos, residentes y extranjeros (esquemas del Resto del mundo), el siguiente criterio para clasificarlos es el modo de participación. La cobertura obligatoria está conectada a los esquemas gubernamentales y a los esquemas obligatorios de pre-pago. Se pueden clasificar también en función de si el derecho a prestación se basa en las contribuciones.

La inclusión en la categoría voluntaria se establece en función de si es de pre-pago y su cobertura: dependiendo de las cotizaciones y costos compartidos.

La definición de esquema de financiamiento de la salud requiere una mayor clarificación. De acuerdo con SEEPROS, el conjunto de normas al que nos hemos referido en esta definición se puede establecer de derecho, en virtud de la legislación, o de hecho, en virtud de la práctica administrativa. Los esquemas de hecho son, por ejemplo, programas de salud ocupacional creados por los empleadores.

La tabla 7.4 compara la clasificación HF en el SHA 2011 con la del SHA 1.0. De nuevo se comprueba que existe una diferencia entre el SHA 2011 y el SHA 1.0 en el concepto de HF: Las categorías HF del SHA 2011 son esquemas de financiamiento específicos, mientras que las categorías HF en el SHA 1.0 son una combinación de esquemas (como seguros sociales privados) y unidades institucionales (como compañías privadas de seguros). La tabla 7.4 no muestra el cuarto dígito o partidas de notificación.

Notas a la clasificación de los esquemas de financiamiento de la salud ICHA-HF

HF. 1 Esquemas gubernamentales y esquemas obligatorios contributivos de financiamiento de la salud

Esta categoría incluye todos los esquemas que garantizan el acceso a las atenciones básicas de salud de toda la sociedad en su conjunto, o de algunos grupos vulnerables de la población. Incluye: esquemas gubernamentales, seguros sociales de salud, seguros privados obligatorios y cuentas de ahorros médicos obligatorias.

La principal razón por la que el gobierno interviene en los sistemas de salud es para garantizar el acceso a la atención básica de toda la sociedad (o grupos vulnerables de la misma). Este objetivo se puede conseguir con diferentes mecanismos, lo que implica diferentes niveles de redistribución entre grupos sociales y personas. Las cuentas de salud también tienen que incluir información con la que se pueda evaluar el desempeño de los sistemas de salud y la medida en que se consigue este objetivo político básico. Por tanto, para poder hacer comparaciones internacionales,

Tabla 7.4. **ICHA-HF en SHA 2011 comparada con SHA 1.0**

Clasificación ICHA-HF de esquemas de financiamiento a la salud SHA 2011		Clasificación ICHA-HF del esquema de financiamiento de servicios de salud SHA 1.0	
HF.1	Esquemas gubernamentales y esquemas obligatorios contributivos de financiamiento de la salud	HF.1	Gobierno General
HF.1.1	Esquemas gubernamentales	HF.1.1	Gobierno general excluyendo los fondos de la seguridad social
HF.1.1.1	Esquema del gobierno central	HF.1.1.1	Gobierno central
HF.1.1.2	Gobierno local/municipal	HF.1.1.2	Gobierno estatal/provincial
		HF.1.1.3	Gobierno local/municipal
HF.1.2	Esquemas de seguros obligatorios contributivos		
HF.1.2.1	Seguros sociales de salud	HF.1.2	Fondos de la Seguridad Social
HF.1.2.2	Seguros privados obligatorios		
HF.1.3	Cuentas obligatorias de ahorro médico		
		HF.2	Sector privado
HF.2	Esquemas voluntarios de pagos por servicios de salud (excluidos los pagos directos de los hogares)		
HF.2.1	Esquemas voluntarios de seguros		
		HF.2.1	Seguro social privado
		HF.2.2	Empresas de seguros privados (que no sea el seguro social)
HF.2.1.1	Esquemas de seguros primarios/sustitutivos		
HF.2.1.2	Esquemas de seguros voluntarios complementarios/suplementarios		
HF.2.2	Esquemas de seguro ISFLSH	HF.2.4	ISFLSH (que no sea el seguro social)
HF.2.3	Esquemas de financiamiento de empresas	HF.2.5	Empresas (que no sea el seguro de enfermedad)
HF.2.3.1	Esquemas de financiamiento de empresas (excepto proveedores de servicios de salud)		
HF.2.3.2	Esquemas de financiamiento de los proveedores de servicios de salud		
HF.3	Gasto directo de los hogares	HF.2.3	Gasto directo de hogares privados
HF.3.1	Gastos directos excluidos los costos compartidos	HF.2.3.1	Gasto directo excluyendo costos compartidos
HF.3.2	Costos compartidos con terceros	HF.2.3.2	Costos compartidos: gobierno central
HF.3.2.1	Gastos directos con costos compartidos con los esquemas gubernamentales y esquemas de seguros obligatorios contributivos	HF.2.3.3	Costos compartidos: gobiernos estatales/provinciales
		HF.2.3.4	Costos compartidos: gobiernos locales/municipales
HF.3.2.2	Costos compartidos con esquemas de seguros voluntarios	HF.2.3.5	Costos compartidos: fondos de la seguridad social
		HF.2.3.6	Costos compartidos: seguros sociales privados
		HF.2.3.7	Costos compartidos: Otros seguros privados
		HF.2.3.9	Resto de costos compartidos
HF.4	Esquemas de financiamiento del resto del mundo	HF.3	Resto del mundo
HF.4.1	Esquemas obligatorios (no residentes)		
HF.4.1.1	Esquemas obligatorios de seguros de salud (no residentes)		
HF.4.1.2	Otros esquemas (no residentes)		
HF.4.2	Esquemas privados voluntarios (no residentes)		
HF.4.2.1	Esquemas de seguros de salud voluntarios		
HF.4.2.2	Otros esquemas (no residentes)		

Fuente: IHAT para SHA 2011.

es importante tener una categoría que incluya todos los esquemas financieros que sirvan para este objetivo.

HF.1.1 Esquemas gubernamentales (de financiamiento de la salud)

Las características de los esquemas gubernamentales de financiamiento **se determinan bien por ley o por el gobierno. Se crea un presupuesto independiente cuya responsabilidad recae en una agencia gubernamental.** Normalmente, aunque no necesariamente, los esquemas gubernamentales los gestionan los gobiernos. Los esquemas gubernamentales también los puede gestionar una empresa o una IFLSH.

Las características de los esquemas gubernamentales (de financiamiento de la salud) son:

- Modo de participación: Automático para todos los ciudadanos y residentes; o un colectivo específico de la población (por ejemplo, los pobres) definido por ley o reglamento del gobierno.
- Derecho a la prestación: No contributiva, normalmente universal y para un colectivo específico de la población o discapacidad definida por ley (por ejemplo, tuberculosis, VIH, oncológica).
- Método básico de recaudación de fondos: obligatorio; fuentes públicas de ingreso (a través de impuestos principalmente). Los ingresos del extranjero también pueden desempeñar un papel importante en algunos países de ingreso más bajo.
- Mecanismo y grado de mancomunación de los fondos: nacional, provincial o a nivel de un programa.

Un esquema gubernamental no cubre necesariamente el precio total de los bienes y servicios incluidos en el paquete de prestaciones, es decir, el esquema puede incluir el copago u otras formas de compartir costos. Los costos totales de determinados servicios se comparten a través de dos esquemas de financiamiento: el esquema gubernamental y los pagos directos (OOPS) (costos compartidos). (Lo mismo se aplica a los esquemas de seguros obligatorios y voluntarios). Evidentemente, en HF.1.1 solo se contabilizan los costos que cubren el esquema gubernamental. Dado que el costo total de estos servicios es una información muy importante, en la clasificación se incluyen las partidas de notificación siguientes: esquemas gubernamentales y esquemas de seguros de médicos obligatorios contributivos con costos compartidos (HF.1 + HF.3.2.1); Esquemas de seguros voluntarios con costos compartidos (HF.2.1 + HF.3.2.2).

Ejemplos de países

Los esquemas gubernamentales de financiamiento de la salud eran la vía principal de financiamiento en quince países de la OCDE en 2009 (por ejemplo, Canadá, Dinamarca, Nueva Zelanda, España, Reino Unido, etc.), representando el 55-85% del gasto total en salud de esos países. Estos sistemas de salud de la OCDE están financiados fundamentalmente con presupuestos del Estado (por ejemplo, el Servicio Nacional de Salud en Reino Unido), o bajo la responsabilidad de los gobiernos locales y regionales (en los países escandinavos). El derecho universal de la población (o grupos de población) a un paquete de prestaciones bastante completo, es establecido por ley.

Los esquemas gubernamentales de financiamiento pueden adoptar varias formas. Ejemplos:

- Programas del gobierno general para ofrecer cobertura primaria de salud para toda la población, como en los ejemplos de los países de la OCDE mencionados anteriormente, así como cuando dichos programas cumplen los mismos criterios básicos (es decir, derecho universal no contributivo) pero que pueden cubrir mucho menos de la mitad del gasto total en salud (en muchos países con ingresos bajos, por ejemplo).
- Programas para grupos específicos de la población (por ejemplo, Medicaid en los Estados Unidos, el Esquema Médico de Funcionarios Públicos en Tailandia, etc.).
- Programas de financiamiento del gobierno general en áreas específicas de las ramas de salud, por ejemplo, salud pública, algunos aspectos de prevención, inversiones, investigación, programa VIH, programa de tuberculosis, etc.
- Gasto público en administración del sistema de salud.
- Los subsidios públicas a los proveedores de servicios de salud para cubrir pérdidas continuas (incluidas en el gasto en salud) se clasifican en la categoría HF.1.1.
- Transferencias condicionadas en efectivo a los hogares.¹⁴

Los esquemas gubernamentales que ofrecen derecho universal pueden exigir la afiliación para tener derecho a las prestaciones. Por ejemplo, en Tailandia, el *Esquema de Cobertura Universal* (RCU), que cubre al 74,6 por ciento de la población y se financia exclusivamente a través de los impuestos generales, es un esquema gubernamental de derecho universal. Para poder acceder a los servicios de salud del RCU, las personas tienen que estar registradas en un hospital público responsable de gestionar el programa. La afiliación no es obligatoria, pero cualquier persona que no esté asegurada se puede afiliar en cualquier momento.

Los esquemas gubernamentales pueden tener una separación entre el comprador y el proveedor y a veces los nombres de los esquemas pueden llevar a equívoco. Por ejemplo, en Latvia, el “Seguro de salud público obligatorio” se financia con el presupuesto del gobierno general y da cobertura a todos los ciudadanos de Latvia, sobre bases no contributivas. Es por tanto un “esquema gubernamental” a pesar de su nombre.

Un problema contable es la forma en que se tratan los costos de capital. En algunos países – para poder lograr mayor eficiencia – los hospitales públicos tienen que pagar al gobierno por el uso de los activos físicos. Aunque el pago de los costos de capital es un componente del costo del hospital y como tal se debe registrar conjuntamente con los otros factores de provisión (capítulo 9), puede que se deduzcan directamente del presupuesto que reciben los hospitales públicos. En tales circunstancias, los costos de capital se deben añadir a los pagos que

¹⁴ Las transferencias condicionadas en efectivo (TCE) del gobierno son pagos que se realizan a los receptores que cumplen determinadas condiciones; es decir, que los que las reciban tengan que acudir a centros de atención primaria para intervenciones de carácter preventivo (vacunación infantil y atención durante el embarazo, consultas perinatales y nutrición). Durante los últimos años, varios países latinoamericanos y africanos han introducido programas de TCE para fomentar la utilización de los servicios de salud y que la población acuda los servicios de salud. Para más información, véase: OMS (2008c)

realiza el gobierno al hospital para poder registrar el gasto total de los esquemas gubernamentales.

Subcategorías de los esquemas gubernamentales

Las subcategorías de los esquemas gubernamentales son:

- Esquemas del gobierno central (HF.1.1.1)
- Esquemas del gobierno estatal/regional y local (HF.1.1.2)

Algunos países puede que deseen diferenciar los niveles de gobierno regional y local a la hora de notificar los datos. En tal caso, pueden crear subcategorías en “Esquemas del gobierno regional/local”.

Algunos países pueden desear crear más subcategorías, para recoger por ejemplo los distintos tipos de programas públicos.

Esquemas de los empleados públicos

Los empleados públicos pueden tener modalidades propias: el gobierno puede ofrecer programas específicos para sus trabajadores o comprar un seguro privado. En algunos países, el gobierno reembolsa a sus trabajadores las facturas de los servicios de salud y pagan por los servicios que han recibido en su estancia en el extranjero. Algunas sub-categorías opcionales dentro de los esquemas gubernamentales pueden usarse para contabilizar estos casos:

- HF.1.1.1.1 Esquemas del gobierno central (excluidos los esquemas de los empleados públicos)
- HF.1.1.1.2 Esquemas de los empleados públicos

El agente de financiamiento (por ejemplo, una organismo del gobierno, compañía privada de seguros, etc.) reflejará la forma institucional exacta del esquema de los empleados públicos determinado.

En este caso, no es necesario distinguir entre empleados públicos y otros asegurados, ya que los empleados públicos participan en el esquema general del seguro social y el gobierno paga las cotizaciones de la misma manera que otros empleadores.

HF.1.2 Esquemas de seguros de salud obligatorios contributivos

Los seguros de salud obligatorios constituyen un **modelo de financiamiento que garantiza el acceso a los servicios de servicios de salud a grupos específicos de la población mediante la participación obligatoria y la elegibilidad basada en el pago de cotizaciones por parte del asegurado o en su nombre.**

HF.1.2.1 Esquemas de seguros sociales de salud

El seguro social de salud es un modelo de financiamiento que garantiza el acceso a los servicios de servicios de salud, mediante el pago de cotizaciones no relacionadas con riesgos específicos, realizados por la persona elegible o en su nombre. El esquema de seguro social de salud se establece por una ley específica que define, entre otros temas, los criterios de afiliación, la elegibilidad, el paquete de prestaciones y las normas para pagar las cotizaciones.

Las características del seguro social de salud son:

- *Modo de participación:* obligatorio, bien para todos los ciudadanos y residentes; o para un grupo específico de la población definido por ley o reglamento del gobierno (por ejemplo, trabajadores del sector).
- *Derecho a la prestación:* contributiva, basada en pagos sin relación con el riesgo de la persona asegurada o en nombre de la persona asegurada. Los familiares pueden tener o no tener cobertura en función del pago que realice la persona asegurada. El gobierno puede realizar aportaciones para unas categorías definidas de población (por ejemplo los pensionistas).
- *Método básico de recaudación de fondos:* obligatorio, cotizaciones no relacionadas con el riesgo. Las cotizaciones las puede pagar el gobierno (del presupuesto) en nombre de algunos grupos de población que no coticen y puede conceder subsidios de tipo general al esquema.
- *Mecanismo y grado de mancomunación de los fondos:* nacional, subnacional o por esquema. Con fondos múltiples, el grado de la mancomunación de los fondos dependerá de los mecanismos de distribución del riesgo de los esquemas. La utilización de dichos mecanismos, es posible crear mancomunación a través de varios esquemas.

Normalmente, las leyes de los seguros sociales de salud definen la cobertura de las personas y el conjunto de prestaciones a que las personas aseguradas tienen derecho. Por regla general (aunque no necesariamente) los que tienen derecho también tienen obligaciones. El derecho a los servicios tiene su origen en la legislación sobre el seguro social de salud, el cual asegura automáticamente a todas las personas que cumplan los criterios. Salvo algunas excepciones (por ejemplo, personas no residentes), no hay ningún contrato individual entre el fondo del seguro y el asegurado en base a sus cotizaciones (incluidas las que se pagan en su nombre)¹⁵. Para estar afiliado al esquema hay que cumplir normalmente dos criterios: (1) ser profesional o empleador; y (2) lugar de residencia. En algunos países los asegurados pueden elegir un fondo de seguro.

Una de las principales características de los esquemas de la seguridad social es que las cotizaciones no se calculan en función del riesgo. Las cotizaciones se calculan en función del salario (o del ingreso a veces) y se comparten entre empleadores y trabajadores. Existen algunas diferencias entre países en lo que se refiere a: la uniformidad de la tasa, la proporción entre las cotizaciones que paga el empresario y el trabajador; la existencia de un techo máximo de cotización; la existencia de aportaciones adicionales no vinculadas al salario; el cálculo de las cotizaciones de las personas no asalariadas; y la función de los ingresos públicos generales en el financiamiento.

Esta categoría incluye todos los esquemas de la seguridad social que garantizan servicios de salud, incluso si su actividad principal no esté relacionada con la salud (por ejemplo, algunos esquemas de pensiones entran en esta categoría). Por supuesto, solo el gasto relativo a la salud de estos esquemas se recoge en HF.1.2.1).

¹⁵ La persona asegurada se afilia a un fondo.

Ejemplos

Los esquemas de la seguridad social se han creado en más de 60 países en el mundo (Gottret y Schieber, 2006). El seguro social de salud era el principal esquema de financiamiento en trece países de la OCDE en 2009 (incluida Austria, Francia, Alemania, Japón, Corea y Eslovaquia). En muchos países existen esquemas de seguros sociales de salud, aunque con cobertura limitada.

En algunos países, la ley define los grupos que tienen derecho, pero no es obligatoria la afiliación al programa. Por ejemplo, Medicare en Estados Unidos: es obligatorio pagar impuestos sobre la nómina en Medicare y toda persona mayor de 65 años tiene derecho a afiliarse a Medicare, pero la afiliación no es obligatoria.

En muchos países con esquemas de seguros sociales de salud, el presupuesto central paga las cotizaciones de determinados grupos de población (por ejemplo de las personas sin ingresos, niños, etc.). En Moldavia, la cotización, tanto si la paga la persona o si se paga en su nombre, da derecho a pertenecer al esquema. En 2008 las transferencias del presupuesto a la Compañía del Seguro Nacional de Salud representaron el 55% de sus ingresos, mientras que los impuestos sobre las nóminas representó solo el 42%. Incluso aunque la mayor parte de los ingresos proceden de los presupuestos públicos, es claramente un esquema de seguro social de salud porque para tener derecho hay que cotizar (estas transferencias se realizan en nombre de personas o grupos específicos de población, mientras que otros grupos se quedan sin cobertura).

Los criterios de la tabla 7.2 y el gráfico 7.2 clarifican cómo establecer las categorías del esquema de financiamiento para poder hacer comparaciones internacionales, incluso aunque los nombres de los organismos puedan llevar a equívoco. El ejemplo de Latvia, que se ha mencionado anteriormente, es un esquema gubernamental de financiamiento a pesar de que el nombre del agente de financiamiento sea la Agencia Pública de Seguridad Social Obligatoria. El modo de participación es universal, basado en la ciudadanía y no contributivo. En Estonia, sin embargo, las fuentes principales de ingresos del Fondo de la Seguridad Social de Estonia (FSSE) son las cotizaciones a la seguridad social de los empleadores y los asalariados (denominados “impuestos sociales” en Estonia). Sin embargo, el gobierno tiene que aprobar el presupuesto del FSSE para mantener el déficit fiscal global según los criterios de Maastricht. A pesar de la participación pública, el FSSE se debería clasificar como esquema de seguros sociales de salud, porque es un esquema contributivo (cotizaciones que las pagan las personas aseguradas o las pagan en su nombre).

El gobierno puede cotizar a los esquemas de los seguros sociales de salud en su papel de empleador. Por ejemplo, en Tanzania, los empleados públicos tienen que participar en el fondo nacional de la seguridad social con una aportación del 3% del gobierno como empleador y un 3% por los salarios de sus miembros.

En China, existen ahora tres esquemas principales: (i) El esquema de seguros de salud básicos de los trabajadores urbanos (RSMBTU). (ii) El nuevo esquema médico cooperativo rural (NRMCR) para la población rural. (iii) El esquema de seguro básico de salud urbano (RSBEU), que cubre a los estudiantes de enseñanza elemental y media, adolescentes y jóvenes, personas mayores, discapacitados y los residentes

urbanos sin trabajo. En el RSMBTU, empleadores y trabajadores pagan una prima y la afiliación es obligatoria. En el NRMCR y el RSBEU, la afiliación es voluntaria, y una parte sustancial de las primas se financia con dinero público (80 por ciento a finales del 2000). Por tanto, solo el primero – RSMBTU – se puede clasificar como seguro social de salud. Dado que el modo de participación es voluntario, los otros dos se pueden clasificar como esquemas de seguros voluntarios, a pesar de que reciben un subsidio públicos sustancial. La clasificación ICHA-HF brinda la posibilidad de distinguir dichos esquemas en un tipo específico de seguro voluntario (HF.2.1.1.2 Seguro público médico voluntario).

Existen dos casos en los que el mismo organismo gestiona dos esquemas diferentes. En Kirguistán, por ejemplo, la misma agencia pública (el Fondo Obligatorio de la Seguridad Social, o FOSS) es el agente de financiamiento tanto de un “esquema gubernamental” como de un esquema de “seguro social de salud”. El FOSS gestiona un esquema universal, que cubre a toda la población y se financia con los fondos públicos, además de un esquema contributivo financiado con los impuestos sobre las nóminas y las transferencias del presupuesto general. El esquema contributivo del seguro social de salud es complementario al esquema no contributivo. En Eslovenia, el fondo de seguro de salud de carácter obligatorio (el Instituto de la Seguridad Social de Eslovenia, ISSE) vende seguros de salud complementarios voluntarios, compitiendo este último con las compañías privadas de seguros. El ISSE por tanto gestiona el esquema del seguro social de salud y uno de los esquemas de seguros de salud voluntarios en el país.

HF.1.2.2 Esquemas de seguros privados obligatorios.

El seguro privado obligatorio es un modelo de financiamiento en el que todos los residentes (o un gran grupo de población) están obligados a tener un seguro de salud con una compañía o un fondo de seguros: es decir, es obligatorio contratar un seguro privado. El seguro se establece (el derecho a recibir servicios) mediante un contrato entre la persona y la compañía aseguradora.

Las características del seguro privado obligatorio son:

- Modo de participación: obligatorio, bien para todos los ciudadanos y residentes; o para un grupo específico de la población definido por ley o reglamento que tienen que comprar una póliza de seguro (por ejemplo, empleados del sector formal).
- Derecho a la prestación: contributiva, compra de una póliza de seguro de una compañía de seguros determinada (u otra agencia involucrada)
- Método de obtención de fondos: primas de seguro obligatorias, que a veces están subvencionadas parcial o totalmente por el gobierno, incluso aplicando deducciones fiscales¹⁶.
- Mecanismo y alcance de la mancomunación de los fondos: nacional, subnacional, o por esquema; con fondos múltiples, el grado de la mancomunación de fondos dependerá de los mecanismos de distribución del riesgo entre los esquemas. También depende de la regulación de la prima y de la estandarización de las prestaciones entre los esquemas.

¹⁶ Las deducciones fiscales son importes que se pueden deducir de los impuestos que se tienen que pagar.

Ejemplos

El sistema holandés que se aplicó a partir del 1 de enero de 2006 sirve de ejemplo. El gobierno regula fuertemente el mercado de los seguros obligatorios. Las aseguradoras están obligadas a aceptar a cualquier persona en el conjunto básico de servicios y las primas de seguro no están vinculadas a los riesgos. Al mismo tiempo, el seguro de salud se regula por derecho privado (Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte, 2005). El derecho a los servicios se establece bajo contrato entre la persona y la compañía de seguros. Si la persona no paga, se queda sin seguro y las aseguradoras pueden eliminar de sus listados a los que no pagan. El número de personas sin seguros se estima que rondaba el 1,7% de la población en 2009 (CBS, Statline, actualizado a 31/08/2010).

Notas:

En los países donde las compañías de seguros son agentes de financiamiento de los seguros obligatorios, estas ofrecen al mismo tiempo seguros complementarios de carácter voluntario. En este caso, la compañía de seguros actúa como agente de financiamiento para dos esquemas diferentes. Los esquemas se gestionan con distintas reglamentaciones.

HF.1.3 Cuentas de ahorros médicos obligatorios

Corresponden a cuentas de ahorro médicas legalmente obligatorias, donde la captación de fondos y el uso de la cuenta para pagar los servicios de salud están regulados por el gobierno. Los fondos no se mancomunan entre individuos, excepto tal vez entre miembros de la familia. Las características de las cuentas de ahorros médicos obligatorios (CAMO) son:

- Modo de participación: obligatorio para todos los ciudadanos y residentes; o un grupo específico de la población definido por ley o regulación del gobierno;
- Derecho a la prestación: contributivo, abriendo una CAMO; las personas que tengan dicha cuenta solo pueden utilizar el dinero que hayan ahorrado, sin tener en cuenta si los ahorros cubren los costos de la atención necesaria;
- Método de recaudación de fondos: obligatorio, definido por ley (por ejemplo, un porcentaje de los ingresos);
- Mecanismo y cobertura de los fondos centralizados: no hay mancomunación de los fondos para todas las personas, salvo quizá para los familiares.¹⁷

Por ley es obligatorio tener una cuenta de ahorros médicos y el mínimo que se tiene que pagar y otros asuntos relacionados con el uso de la misma para pagar los servicios los regula el gobierno. Su carácter obligatorio justifica que esté en la categoría HF.1.

Aunque las CMAO son una forma de pre-pago obligatorio, al no haber mancomunación de fondos, no pueden incluirse en una subcategoría de seguros obligatorios. Su carácter obligatorio convierte a las CMAO en un tipo diferente de

¹⁷ La cuenta de ahorro puede dar cobertura, además de al propietario de la cuenta, a los familiares que dependan de él y por tanto, solo se centralizan los fondos para ese pequeño grupo. La cuenta de ahorro se puede mantener durante varios años, por lo que es una puesta en común inter-temporal.

ahorro, incluidas las CMAO no obligatorias en algunos países como China y Estados Unidos. Donde las CMAO son voluntarias, desde la perspectiva de los “esquemas” no se puede distinguir de otros tipos de gastos directos (en HF.3), ya que la “fuente” de financiamiento para dichos gastos son los ahorros de los hogares (o los préstamos que piden), tanto si proceden como si no proceden de una cuenta de ahorros que se denomine de “salud” o “médica”.

Ejemplos

Singapur introdujo un sistema de cuentas de ahorros médicos, denominado Medisave en 1984, y en la actualidad es el único país en el mundo con CAMO. Toda persona asalariada está obligada a pagar el 6-8 por ciento de sus ingresos – dependiendo de la edad – a una cuenta individual gestionada por el gobierno. Los ahorros en cada una de las cuentas se pueden utilizar para pagar los gastos de hospital y algunos gastos ambulatorios aprobados por el gobierno de un catálogo de servicios (Gottret y Schieber, 2006).

HF.2 Esquemas voluntarios de pagos por servicios de salud (excluidos los pagos directos de los hogares)

Esta categoría incluye todos los esquemas de financiamiento de la salud nacionales mediante pre-pago¹⁸ en los que el acceso a los servicios de salud está a discreción de organismos privados (aunque las leyes y reglamentos pueden influir en esta denominada “discreción”). Incluye: seguros de salud voluntarios, esquemas de financiamiento IFLSH y esquemas de financiamiento de empresas.

El término “esquema obligatorio” se refiere a los esquemas en los que el gobierno (por ley) exige de forma obligatoria la afiliación. Los demás esquemas se consideran voluntarios. Por ejemplo, un empleador puede decidir tener un seguro para todos sus empleados: esto se considera un seguro voluntario, aunque el empleador imponga la afiliación de todos sus asalariados.

Hay una diferencia importante, esencial en términos de las políticas de salud, entre estos esquemas y los pagos directos de los hogares: la presencia o ausencia de mancomunación de fondos interpersonal o intertemporal, que también se refleja en la separación entre el tiempo en el que se realiza el pago y el momento en que se usa el servicio. En el caso de los pagos directos (OOPS, por sus siglas en inglés) los hogares tienen que pagar la totalidad o parte del costo de las atenciones en el momento en que las reciben. Los pagos directos (OOPS) reflejan la carga financiera directa que representa la atención médica para los hogares, la cual puede tener una consecuencia catastrófica para la situación económica de los mismos. Esta situación justifica que se asigne una categoría de un dígito para los esquemas voluntarios privados (excluidos los OOPS) y los pagos directos.¹⁹

¹⁸ Los esquemas voluntarios de pago por atenciones de la salud (HF.2) no tienen por qué ser de iniciativa privada. Por ejemplo, el gobierno Thai implantó un esquema voluntario de seguros de salud y el NRMCR es también un esquema voluntario por iniciativa del gobierno.

¹⁹ Aunque los pagos directos son la causa principal de empobrecimiento a escala mundial, este texto no debe llevar a pensar que otras formas de cotización no supongan también una carga financiera para los hogares.

HF.2.1 Esquemas de seguros de salud voluntarios

Los esquemas de seguro voluntario se basan en la compra de seguros que el gobierno no estipula como obligatorios. Las primas de seguro pueden estar directa o indirectamente subsidiadas por el gobierno.

Las características de un esquema de seguro de salud voluntario son:

- Modo de participación: Voluntario, a discreción de una persona o una empresa;
- Derecho a la prestación: Contributiva, basado en la compra de una póliza voluntaria de seguro (normalmente bajo contrato)
- Método básico de recaudación de fondos: Normalmente con primas no vinculadas a los ingresos (a veces relacionadas directa o indirectamente con el riesgo); el gobierno puede subvencionarlas directa o indirectamente (por ejemplo, mediante deducciones fiscales).
- Mecanismo y alcance de la mancomunación de los fondos: Sólo a nivel del esquema individual.

La contratación de un seguro de salud voluntario se deja a discreción de cada persona o empresa. Los empleadores también pueden comprar un seguro de salud voluntario.

Las primas se calculan en función del riesgo o se aplican de forma uniforme, y en algunos países (como por ejemplo Francia) incluso en función de los ingresos. Los seguros voluntarios normalmente se contratan a empresas privadas (con y sin fines de lucro), aunque en algunos casos también se pueden contratar a organismos públicos o casi públicos. En varios países las empresas también pueden tener sus propios modelos de seguro.

Subcategorías del seguro de salud voluntario.

Existen varios aspectos que distinguen los diferentes seguros de salud voluntarios. Estos aspectos pueden coincidir y se pueden combinar cuando se crean subcategorías de seguros de salud voluntarios. Por ejemplo, las pólizas individuales, o de un colectivo, pueden dar cobertura primaria o complementaria. El tipo de cobertura, es decir si el seguro voluntario da cobertura primaria o complementaria a la persona, se ha considerado el factor más importante para definir las subcategorías.

HF.2.1.1 Esquemas de seguros primarios/sustitutivos

El seguro de salud se denomina de cobertura primaria o “sustitutivo” si cubre a personas que están excluidas del sistema público, o que no tienen derecho a optar por el esquema gubernamental y que no están obligadas a contratar un seguro de salud privado, o simplemente, no existe un sistema público obligatorio para ellos (como por ejemplo la mayor parte de la población por debajo de los 65 años en Estados Unidos). Es importante distinguir el seguro voluntario sustitutivo de otros esquemas en los que por lo menos se puede elegir entre el seguro social de salud o contratar un seguro privado, pero que están obligados a estar en cualquiera de las dos formas de seguro. En Alemania, hasta 2009, las personas con mayores ingresos

podían decidir no participar en la modalidad de seguro reglamentario y no tenían que contratar ningún seguro de salud. Desde 2009, el seguro de salud es obligatorio y no se permite estar fuera del mismo. Además, una persona con un seguro privado solo puede volver al seguro social de salud si la ley se lo exige (por ejemplo, si sufre una pérdida de ingresos considerable).

HF.2.1.1.1 Seguros de los empleadores

Uno de los principales tipos de seguros es el que compran los empleadores, mediante un contrato entre el empleador (la empresa) y la compañía aseguradora. La prima que paga el empleador se calcula en función del riesgo de todo el colectivo, pero las aportaciones que hacen sus componentes normalmente no se calculan en función del riesgo.

HF.2.1.1.2 Seguros voluntarios gubernamentales

Este tipo específico de seguros es iniciativa del gobierno, que es quien lo subvenciona, para dar cobertura primaria a grupos de población específicos. Dichos esquemas se pueden crear cuando el gobierno no tiene la capacidad administrativa necesaria para gestionar un seguro obligatorio. Por ejemplo, en China el gobierno ha creado, gestiona y subvenciona en gran parte el nuevo esquema médico cooperativo rural (NRMCR) para la población rural; y el esquema de seguro básico de enfermedad urbano (RSBEU), que cubre a los estudiantes de enseñanza elemental y media, adolescentes y jóvenes, personas mayores, con discapacidades y los residentes urbanos sin trabajo.

HF.2.1.1.3 Otros esquemas de cobertura primaria

Esta categoría incluye a los seguros de cobertura primaria de seguros individuales o de grupo no incluidos en HF.2.1.1.1 y HF.2.1.1.2. Por ejemplo, las compañías de seguros pueden ofrecer un seguro de grupo a las organizaciones de pacientes.

HF.2.1.2 Esquemas de seguros voluntarios complementarios o suplementarios

El seguro de salud puede ser complementario dos formas: puede cubrir servicios excluidos del sistema público, o cubrir los costos compartidos (es decir, copagos, cargos a los usuarios, etc.) exigidos por los seguros obligatorios, o por el esquema gubernamental. El seguro de salud suplementario cubre los mismos servicios que el seguro obligatorio, pero permite un acceso más rápido y una mejor capacidad de elección del proveedor por parte de los consumidores (Thomson y Mossialos, 2009). Pueden existir esquemas de seguros complementarios y suplementarios en el mismo esquema, como es el caso de Irlanda, donde la combinación de ambos esquemas cubre al 50% de la población. En Eslovenia y Francia existe un alto nivel de cobertura complementaria, que cubre al 70% y 92% de la población respectivamente, para reembolsar los cargos reglamentarios al usuario (ibid.). Ejemplos de seguros de salud voluntarios suplementarios en países como Reino Unido y España.

Los seguros de salud voluntarios complementarios que reembolsan al paciente parte del costo compartido pueden suponer un problema contable. Este caso hay que tratarlo de forma similar al del seguro voluntario, que devuelve el importe de la

factura de un servicio no cubierto por el seguro obligatorio. El pago se considera un gasto en el seguro voluntario. En consecuencia, la parte del dinero reembolsado por el seguro voluntario se debe contabilizar como gasto en el seguro voluntario y no debe tomarse en consideración en la partida correspondiente a los pagos directos (OOPS) de los hogares. Esta es una forma de garantizar que los gastos en salud se imputen adecuadamente.

HF.2.1.2.1 Seguro de salud comunitario voluntario

El seguro de salud voluntario para una comunidad ofrece cobertura complementaria y suplementaria en algunos los países de ingreso medio y bajo, en los que las personas tienen derecho a los servicios de los esquemas gubernamentales de salud, pero los mismos no han entrado en vigor de forma efectiva. Las características del seguro de salud son:

- Modo de participación: voluntaria;
- Derecho a la prestación: según la contribución;
- Método de recaudación de fondos: definida localmente;
- Mecanismo y alcance de la mancomunación de fondos: para los que están en el esquema, que muchas veces se denomina la “comunidad local”. Aunque algunos esquemas sean para una comunidad local, algunos pueden no circunscribirse a una zona geográfica concreta, sino que están organizados de otra manera (por ejemplo, el esquema de seguros de la Asociación de Trabajadoras Autónomas en la India)

El seguro de salud comunitario es una forma (subcategoría) de seguro de salud voluntario que existe en muchos países de ingreso medio y bajo, sobre todo en África y Asia (Carrin, 2003, OMT, 2005). “Estos esquemas existen en comunidades localizadas, sobre todo en zonas rurales: los afiliados aportan pequeñas cantidades al esquema, muchas veces una vez al año y después de las cosechas, y el esquema cubre los honorarios de los servicios de salud locales” (McIntyre, p.4).

La mayor parte de los esquemas de seguros de salud para una comunidad en los países del África subsahariana son de participación voluntaria y tienen menos de 500 afiliados. La población cubierta por estos esquemas es todavía relativamente pequeña en los países con ingreso más bajo (Gottret y Schieber, 2006).

Los seguros de salud comunitarios pueden estar subvencionados por el gobierno central, como en el caso de Ruanda.

HF.2.1.2.2 Otros seguros voluntarios complementarios/suplementarios

Incluye esquemas complementarios o suplementarios no recogidos en HF.2.1.2.1. La categoría de otros seguros voluntarios complementarios, se puede dividir, en función de las características de las primas del seguro, en: primas según el riesgo (HF.2.1.2.2) y otros seguros voluntarios complementarios: primas sin relación al riesgo (HF.2.1.2.3). Dichos esquemas pueden dirigirse a determinados colectivos o empleos, y también a personas.

Los seguros voluntarios que ofrece el gobierno como empleador a sus trabajadores (funcionarios) también se incluyen en esta categoría. (Nota: debe ser

distinto de los esquemas de los empleados públicos (HF.1.1.1.2.)

HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro

Los esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro representan arreglos no obligatorios, cuyas prestaciones se otorgan sin mediación de contribuciones. Se basan en las donaciones del público en general, del gobierno y de corporaciones (nacionales y extranjeras).

Los modelos de financiamiento o programas de financiamiento de las IFLSH comprenden un “conjunto” de normas que definen el modo de participación y los métodos de recaudación, por lo que se pueden considerar una categoría de esquemas de financiamiento.

Las características de los esquemas de financiamiento de las IFLSH son:

- Modo de participación: voluntario;
- Derecho a la prestación: no contributivo, discrecional;
- Método de recaudación de fondos: donaciones públicas, del público en general (presupuesto del estado o ayudas extranjeras) o empresas;
- Mecanismo y alcance de la mancomunación de fondos: según el programa pero normalmente para los que están en el programa.

Esta categoría se propone para sustituir la partida en el SHA 1.0 partida “HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)”. La categoría de instituciones sin fines de lucro se ha demostrado que es bastante ambigua durante la aplicación del SHA. La definición en el SHA 1.0 se extrajo del SCN 1993: “Las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH) son instituciones que ofrecen bienes y servicios a los hogares de forma gratuita o a precios económicamente no significativos”. Esta definición no permite hacer una distinción clara entre instituciones sin fines de lucro que actúan como terceros en el pago de bienes y servicios de salud, por un lado y las instituciones sin fines de lucro como proveedores de los servicios de salud. Por ejemplo, los hospitales pueden tener un estatus legal de institución sin fines de lucro y prestar sus servicios a los hogares sin cargo alguno bajo el esquema del seguro social, en cuyo caso, obviamente, el seguro social es el esquema de financiamiento y el hospital (HP.1) el proveedor. La presentación sin ambigüedades de los esquemas financieros por la ICHA-HF, es un punto de partida.

Es necesario analizar de forma cualitativa la actividad de la ONG para decidir si se puede considerar que opera un esquema de financiamiento. A continuación se incluyen algunos ejemplos de las diferentes funciones de las ISFLSH.

- Una ISFLSH puede aportar – además de su actividad no de salud – recursos para otras ISFLSH que financian programas especiales de salud. La ISFLSH en cuestión no tiene que tener una relación directa con los proveedores de servicios de atención. En este caso la ISFLSH es el proveedor de recursos y el programa de la ISFLSH es el esquema de financiamiento.
- Una institución sin fines de lucro puede crear un fondo especial, a través de donaciones para financiar tipos especiales de servicios de salud, por ejemplo, para gestionar establecimientos especiales para las personas sin hogar, o

prestar atención a los hogares afectados por desastres naturales o guerras. Las donaciones las pueden hacer en efectivo o en especie los ciudadanos, las empresas, o los gobiernos. Durante su aplicación, la ISFLSH puede pagar a sus propios trabajadores, a los proveedores de atenciones de salud y otras entidades. (Por ejemplo, una organización de caridad puede pagar por una operación especial que realicen a un niño en el extranjero, porque no se pueda realizar en su país). En estos casos, el programa ISFLSH es un esquema de financiamiento.

- La institución sin fines de lucro puede ser la forma jurídica de los proveedores que reciben el pago, por ejemplo del esquema del seguro social de salud, por los servicios que han prestado. En este caso, la ISFLSH es el proveedor y el seguro social de salud el esquema de financiamiento.

HF.2.3 Esquemas de financiamiento de empresas

Esta categoría incluye modalidades en que las empresas prestan o financian directamente los servicios de salud a sus trabajadores (como los servicios de salud ocupacional), sin que exista un esquema de seguro. Por tanto, excluye los esquemas de seguro basados en el empleador.

Las características de los esquemas de financiamiento de empresas son:

- Modo de participación: voluntario de cada empresa, con cobertura basada en el empleo de la empresa (por ejemplo, atención de salud ocupacional obligatoria);
- Derecho a la prestación: no contributiva, discrecional con respecto al tipo de servicios, aunque a veces se defina por ley;
- Método de recaudación de fondos: la empresa elige de forma voluntaria utilizar sus ingresos a este fin;
- Mecanismo y alcance de la mancomunación de los fondos: al nivel de la empresa.

Comparado con el SHA 1.0, el cambio está en la denominación (y por tanto en la definición) de manera que el contenido refleje mejor la información. La denominación en el manual del SHA 1.0 es: Empresas (excepto seguros de salud). Esta partida no es exacta, ya que las empresas pueden hacer aportaciones a otros esquemas de financiamiento, por ejemplo para pagar las cotizaciones del seguro o primas de seguros voluntarios. La categoría revisada refleja mejor el papel real de las empresas que tienen este tipo de programas (como esquema de financiamiento).

Se propone distinguir entre dos subcategorías: esquemas de financiamiento de empresas (excepto los proveedores de servicios de salud); y proveedores de servicios de salud.

Bajo la categoría especial de Esquemas de financiamiento de proveedores de servicios de salud (HF.2.3.2.) los proveedores de servicios de salud financian parte de los servicios que prestan a sus pacientes de sus propias fuentes (que son fuentes adicionales a los pagos que reciben de los esquemas de financiamiento). Estos son gastos “imputados” en las cuentas de salud para poder calcular el valor de los servicios consumidos por las personas. De hecho, se pagan factores de provisión de los proveedores de estos servicios de salud o a los suplidores de los mismos (por ejemplo, productos farmacéuticos), ya que el pago de los compradores no cubre el costo total de los servicios prestados. Para calcular adecuadamente el valor de los

servicios, estas partidas específicas se toman en cuenta y se contabilizan como gasto realizado por *los Esquemas de financiamiento de los proveedores de servicios de salud* (HF.2.3.2.); y los ingresos se contabilizan como FS. 6.2. *Otros ingresos de empresas n.e.p.* Estas fuentes específicas pueden ser las siguientes:

- Los proveedores de servicios de salud pueden recibir fondos especiales por actividades económicas ajenas a la prestación de servicios de salud (por ejemplo, por alquiler de sus instalaciones, por servicios de lavandería o comidas a otras instituciones. Los hospitales privados pueden obtener ingresos por los intereses, etc.) y utilizar estos ingresos para cubrir los costos de los servicios de salud que prestan.
- Un hospital privado puede tener pérdidas en un año. Para equilibrar los ingresos y el gasto, el hospital puede pedir un préstamo a un banco, que paga con posterioridad en períodos sucesivos.
- En algunos países un hospital público puede acumular atrasos (facturas no pagadas) con los proveedores de productos farmacéuticos (u otro tipo de recursos materiales). El incremento en los atrasos durante un período determinado, de hecho, se puede interpretar como financiamiento adicional recaudado por el proveedor,

Ejemplos

Los servicios de salud ocupacional en varios países (por ejemplo en Hungría) están excluidos del conjunto de prestaciones del seguro social de salud y los empleadores están obligados a financiar los exámenes médicos en el trabajo especificados por ley.

HF.3 Gasto directo de los hogares

El gasto directo de los hogares por definición se considera un esquema de financiamiento. **La característica que lo distingue es que es un pago directo, por los servicios que recibe, del ingreso principal del hogar²⁰ o de los ahorros** (no participa un tercero en el pago): **el pago lo efectúa el usuario en el momento de utilizar los servicios**. Incluyen los costos compartidos y los pagos no oficiales (tanto en efectivo como en especie).

Los pagos directos (OOPS, por sus siglas en inglés) son una muestra de la carga para los hogares de los servicios que consumen. (Esta es la razón por la que los OOPS están en la categoría del primer dígito de la ICHA-HF.) Los OOPS desempeñan un papel importante en todos los sistemas de salud. En los países de bajo ingreso, los pagos directos son la forma principal de financiar los servicios de salud.

Las características de los esquemas de pago directo son:

- Modo de participación: voluntaria, según la voluntad y capacidad de pagar de las personas u hogares, aunque el esquema gubernamental de seguros o seguro

²⁰ Según el SCN, los ingresos principales son los ingresos que reciben las unidades residentes en virtud de su participación en el proceso de producción y los ingresos que reciben los propietarios de activos financieros o de otro tipo por poner los activos a disposición de otras unidades institucionales.

voluntario pueden especificar el importe exigido;

- Derecho a la prestación: contributiva: el servicio se presta si la persona lo paga;
- Método de recaudación de fondos: voluntaria, dependiendo de si el hogar decide utilizar los servicios y por tanto paga por ellos.²¹ El gobierno puede subvencionar indirectamente los OOPS mediante deducciones fiscales;
- Mecanismo y alcance de la mancomunación de los fondos: no hay mancomunación interpersonal.

Desde una perspectiva de política de salud, es importante distinguir los tres tipos principales de gastos directos: gastos directos excluidos los costos compartidos (HF.3.1); gastos directos con costos compartidos con esquemas gubernamentales y esquemas de seguros de salud obligatorios contributivos (HF.3.2.1); y gastos directos con costos compartidos con esquemas de seguros de salud voluntarios (HF.3.2.2). El papel (porcentaje de participación) de cada una de estas subcategorías y los cambios en el porcentaje de participación a lo largo del tiempo da una imagen clara de la carga para los hogares, más que el total del OOPS. Además, pueden dar información importante sobre el efecto de la intervención del gobierno en el financiamiento de la salud.

Los pagos no oficiales se consideran pagos directos y se registran en HF.3.1. Nota: solo los costos compartidos oficiales se registran en HF.3.2 (costos compartidos con terceros).

Notas

Un pago que realiza una persona no siempre se contabiliza como OOPS, porque puede que lo reembolse un seguro voluntario, o que esté cubierto por el gobierno (transferencias en efectivo) o por una ONG extranjera o del país. En estos casos el pago por los servicios de salud lo realiza el hogar técnicamente, pero los fondos no provienen del “bolsillo” del hogar, es decir, no del ingreso principal, o de los ahorros del hogar. Por tanto, el primer paso es deducir las partidas que se deben contabilizar como de otras fuentes, excluidos los pagos de bolsillo, como por ejemplo los esquemas gubernamentales (ayudas en efectivo condicionales), seguro voluntario, esquemas de financiamiento de las IFLSH o esquemas de financiamiento resto del mundo. Los créditos fiscales y las deducciones fiscales de los ingresos por gastos en salud se tienen que contabilizar cuando se calculan los OOPS.

Los OOPS solo pueden proceder del ingreso de los hogares (incluidas las remesas), ahorros o préstamos de los hogares. (En el capítulo 8 se incluye una tabla para distinguir los OOPS de los pagos realizados por los hogares que NO se consideran pagos directos).

Los pagos de las cuentas de ahorros médicos voluntarios para bienes o servicios de salud en un período contable determinado, se consideran un tipo especial de pago directo, pero no se contabilizan aparte del OOPS. Nota: los pagos a las cuentas de ahorros médicos voluntarios en un período contable determinado no se incluyen en las tablas HF del SHA, ya que no son pagos por bienes y servicios de salud.

Los hogares, como un sector institucional, se definen como el agente de

²¹ El uso de la palabra “voluntario” es cuestionable, ya que el esquema gubernamental puede imponer la obligación de pagar parte de los servicios.

financiamiento de los pagos directos del hogar.

Es importante distinguir los hogares como sector institucional y los pagos directos de los hogares como esquema de financiamiento. Los hogares, como sector institucional, desempeñan varias funciones en el sistema de salud: como beneficiarios, como proveedores de fuentes de financiamiento de un tercero (pagando impuestos, o cotizaciones al seguro, o primas de seguro); como proveedores no oficiales de servicios; y por último, aunque no menos importante, los hogares actúan como agentes de financiamiento mediante los OOPS que realizan.

El caso especial en que los de los costos compartidos cubiertos por un seguro voluntario se ha tratado anteriormente, en el seguro de salud voluntario complementario.

HF.4 Esquemas de financiamiento resto del mundo

Esta partida **comprende los modelos de financiamiento de las unidades institucionales (o gestionadas por las unidades institucionales) que residen en el extranjero, pero que recaudan, mancomunan recursos y compran bienes y servicios de servicios de salud para los residentes, sin transferir sus fondos a través de un esquema radicado en el país.** Por ejemplo, una persona residente en un país A puede contratar un seguro voluntario en el país B y utilizar ese seguro para pagar los servicios tanto en el país A como B. Por ejemplo, los ciudadanos de origen mexicano pueden contratar un seguro de salud en México que los cubre de situaciones de emergencia en los Estados Unidos, pero pueden pagar por tratamientos electivos en México.

Un esquema residente tiene un interés económico predominante en el país en el que se establece. Tiene una presencia física en el país y está bajo jurisdicción del gobierno local (por ejemplo, tienen que notificar las actividades de forma obligatoria). Los esquemas no residentes (o del resto del mundo, RdM) también pueden operar en el país para el que se generan las cuentas de salud, pero están gestionados y controlados por agencias sujetas a jurisdicción extranjera, incluidas por ejemplo las agencias militares y las de ayuda externa.

Los esquemas de financiamiento del resto del mundo se definen según las características siguientes:

- Modo de participación: 1) obligatorio, por ejemplo, con la condición de que se esté en situación de empleo (como con el seguro extranjero), o 2) voluntaria;
- Condiciones para tener derecho a las prestaciones: 1) un contrato entre la empresa aseguradora y la persona, 2) a discreción de una entidad privada (fundación de caridad, empleador, entidad extranjera);
- Método de recaudación de fondos: los fondos se recaudan y se mancomunan en el extranjero;
- Cobertura: las entidades extranjeras tienen libertad para designar los beneficios incluidos.

Hay que tener en cuenta que el resto del mundo normalmente contribuye a financiar los servicios de salud en una economía típica, con ayuda internacional y otros flujos financieros, canalizándolos a través de los gobiernos o las ISFLSH. Es el ejemplo típico de ingresos del RdM de los esquemas de financiamiento residentes.

Por eso se pueden clasificar como gasto HF.1 o HF.2 e ingresos RdM.

Los acuerdos internacionales fomentan que las agencias de financiamiento externas se articulen con los servicios de salud residentes para garantizar que los recursos externos (fuentes de financiamiento) se dirijan de forma coordinada a las prioridades nacionales. Para conseguir este objetivo, es necesario notificarlo a las autoridades nacionales, además de un esfuerzo de coordinación que permita lograr ese objetivo y producir acciones complementarias de salud. Las agencias que administran fondos externos para ayuda al desarrollo actuarían, de esta forma, como residentes (unidades y esquemas residentes). Si el SHA se adapta a los acuerdos internacionales de ayuda, los recursos externos se registrarían como fuentes externas (ingresos) y en la mayoría de los casos, formalizados por esquemas residentes, agrupados en ONG y empresas.

No siempre está claro si un programa de ayuda extranjera se debe contabilizar como (i) una fuente de financiamiento RdM (FS), o (ii) una fuente de financiamiento RdM y un esquema de financiamiento RdM juntos.

Los enclaves por ejemplo, son unidades no residentes físicamente ubicadas en el territorio, pero que no se acogen a la leyes del país en el que están (por ejemplo, organizaciones internacionales y embajadas). Cuando los servicios de salud del personal de los enclaves no requiere ninguna subvención o jurisdicción del país residente, el esquema de salud del extranjero se debe clasificar como esquema de financiamiento RdM (HF.4). Sin embargo, una entidad creada por el gobierno en virtud de las leyes de otra jurisdicción, es una unidad residente en la jurisdicción del país anfitrión y no parte del gobierno general (SCN 2008, 26.43). Por tanto, un programa de ayuda extranjera establecido por una organización de ayuda externa para gestionar los recursos en un país extranjero, se tiene que considerar como una ONG o empresa de ese país.

La ayuda extranjera se puede destinar a un objetivo específico (por ejemplo, para un programa contra el SIDA) y se puede crear una organización independiente, parte también de la entidad extranjera, para gestionar el fondo, que no tiene que participar de forma necesaria en la prestación del servicio.

Cuando el esquema es parte de una entidad internacional o multinacional, pero se gestiona en el país como una “sucursal”, se considera residente. Por ejemplo, una agencia de seguros que esté asentada localmente, es residente. La característica determinante de un esquema residente es tener un interés económico de carácter permanente con las entidades locales, así como presencia física, contabilidad individual y conexiones con las reglas de los gobiernos locales, tales como la forma de notificar los datos.

Pero cuando un esquema no se puede diferenciar como una “sucursal” específica, porque se gestiona de forma indivisible sin cuentas separadas, se considera un esquema RdM. El valor del gasto de los esquemas multinacionales notificados como esquemas RdM no es el de toda la multinacional, sino un prorrateo del volumen de actividad en el país.

Problemas conceptuales específicos

Interpretación de “público” y “privado”

En las cuentas de financiamiento de la salud, se puede calcular un agregado del gasto “público” y “privado” utilizando la clasificación de los “esquemas de financiamiento” o la de “ingresos de los esquemas de financiamiento”. En cualquiera de los casos, existe cierta ambigüedad sobre dónde clasificar los ingresos o los gastos de los esquemas “privados obligatorios”, ya que no se sabe bien si clasificarlos como públicos o privados²². Pero el SHA 2011 los agrupa junto con los gastos públicos:

- El cálculo de los gastos del esquema de financiamiento tendrá los dos agregados siguientes:
- Gasto de los esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento a la salud obligatorios contributivos; y
- Gasto de esquemas voluntarios de financiamiento de la salud
- El cálculo de los gastos a través de los ingresos de esquemas de financiamiento tendrá los dos agregados de siguientes:
- Gasto en salud de fuentes públicas y privadas obligatorias
- Gasto en salud de fuentes voluntarias

Dependiendo del objetivo del análisis se elige una de las dos opciones. La principal distinción es que en el primero la división se hace en los esquemas y se establece según la división de la HF. En ella, no se tienen en cuenta las fuentes de financiamiento, pero da información sobre el grado de regulación pública del sistema de salud. La segunda, se enfoca en dividir las fuentes que aportan los recursos financieros a los esquemas. Por tanto, da información de si los ingresos son públicos o privados regulados. En otras palabras, la primera opción responde a la pregunta quién gestiona los fondos de salud y la segunda, quién los paga. El segundo modelo (público y privado calculado según los tipos de ingresos) cumple mejor el objetivo de notificar lo que es gasto público y gasto no público en el sector de la salud. De esta manera, se tendría la seguridad de que las grandes sumas de gasto del gobierno de China para subvencionar el Nuevo Esquema Médico Cooperativo Rural, un esquema de seguro voluntario, se contabilizan como gasto público.

Poner “privado obligatorio” en una categoría independiente permite calcular la parte pública y privada para incluirlas o no incluirlas en el gasto público. Dentro del gasto de los esquemas gubernamentales y de los esquemas de financiamiento de la salud obligatorios contributivos, se pueden poner dos sub-agregados: (1) gasto del gobierno y el seguro social de salud; y (2) gasto de los esquemas privados obligatorios. (véase tabla 7.5)

Las tablas 7.5 y 7.6 explican los modelos recomendados y las categorías pertinentes.

²² En financiamiento de la salud, existe una cierta ambigüedad actualmente en el uso de los términos “público” y “privado”. En parte se debe al hecho de que los términos “público” y “privado” pueden tener significado diferente en las estadísticas de salud. SHA 1.0 define los esquemas del sector privado de la forma siguiente: “Incluye todas las unidades institucionales residentes que no pertenecen al sector público”. Si se aplicara esta definición de forma estricta, los esquemas de seguro privado obligatorio y seguro social gestionados por compañías privadas de seguros se tendrían que notificar como gasto privado, junto con el seguro voluntario y los ,OOPS. (Es evidente que no es lo más adecuado).

Tabla 7.5. **Gasto en esquemas de financiamiento social, privado y privado obligatorio**

Esquemas de financiamiento		Agregados del gasto
HF.1	Esquema de financiamiento público y esquema de financiamiento de servicios de salud contributivo obligatorio	Gasto en esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de servicios de salud contributivos obligatorios
HF.1.1	Esquemas de financiamiento del gobierno	Gasto del gobierno y del seguro social de salud
HF.1.2.1	Seguros sociales de salud	
HF.1.2.2	Seguro de salud privado obligatorio	Gasto de esquemas privados obligatorios – se puede elegir si incluir estos como parte del gasto agregado público o privado para su análisis
HF.1.3	Cuentas de ahorros médicos obligatorias (CAMO)	
HF.2	Esquemas voluntarios de financiamiento (que no sean OOPS)	
HF.2.1	Seguros de salud voluntarios	
HF.2.2	ISFLSH -esquemas de financiamiento	Gasto privado
HF.2.3	Esquemas de financiamiento de empresas	
HF.3	Gasto directo de los hogares	
HF.4	Esquemas de financiamiento del resto del mundo	

Fuente: IHAT para SHA 2011

Tabla 7.6. **Gasto en salud financiado con recursos públicos, privados obligatorios y privados**

Ingresos de esquemas de financiamiento		Agregados del gasto
FS.1	Transferencias internas de los ingresos públicos	
FS.2	Transferencias de origen extranjero repartidas por el gobierno	
FS.3	Cotizaciones al seguro social	
FS.4	Pre-pago obligatorio (que no sea FS.3)	Fondos públicos y privados obligatorios gastados en servicios de salud
FS.7.1.1/FS.7.1.2	Transferencias financieras bilaterales y multilaterales	
FS.7.2.1.1/FS.7.2.1.2	Ayudas en especie bilaterales y multilaterales	
FS:7.2.2.1	Ayuda extranjera en especie: servicios (asistencia técnica (AT) de gobiernos y organizaciones internacionales	
FS 5.	Pre-pago voluntario	
FS 6	Otros ingresos internos (no clasificados bajo otros epígrafes)	
FS.7.1.3	Otras transferencias financieras del extranjero	Fondos privados voluntarios gastados en servicios de salud
FS.7.2.1.3	Otras ayudas extranjeras en forma de productos	
FS:7.2.2.2	Ayuda extranjera en especie: servicios (incluidos AT) por entidades privadas	
FS.7.3	Otras transferencias extranjeras (no clasificados bajo otros epígrafes)	

Fuente: IHAT para SHA 2011

Las categorías utilizadas (en vez de “público” y “privado”) ofrecen una imagen más adecuada de la estructura del gasto según los complejos modelos de financiamiento actuales.

Las categorías (agregados del gasto) de “Gasto de los esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento de la salud obligatorios y contributivos” y “Gastos de esquemas voluntarios de financiamiento de la salud”, sin embargo, no tiene en cuenta que los esquemas voluntarios de financiamiento pueden recibir ingresos del gobierno. Por ejemplo, todo el gasto de los esquemas de financiamiento de las IFLSH se contabiliza como gasto privado - aunque los ingresos de este esquema poseen transferencias del gobierno. En este modelo (Tabla 7.6) todo el gasto procedente de

los ingresos generales del gobierno se contabilizan como gasto procedente de fondos públicos, incluidas las transferencias a los esquemas privados de financiamiento.

En este modelo, se establecen las categorías siguientes:

- *Los fondos públicos* incluyen: (i) los fondos asignados de los ingresos públicos generales y de los esquemas gubernamentales; (ii) los fondos creados de las cotizaciones al seguro social; (iii) transferencias asignadas de los ingresos públicos generales a los esquemas de financiamiento de la salud, excluidos los esquemas gubernamentales (donaciones, subvenciones y transferencias a las IFLSH, etc.); y (iv) ingresos extranjeros del estado asignados a servicios de salud.
- *Los fondos privados obligatorios* son fondos creados por primas de seguro privadas obligatorias y pagos obligatorios a las CAM. La identificación explícita de estos tipos de fondos permite clasificarlos como públicos o privados. Decidir qué modelo (público/obligatorio o privado) es el más adecuado dependerá de la naturaleza del análisis que se desee realizar.
- Fondos privados voluntarios, que incluye todos los demás fondos.

Como ya se ha mencionado, la principal diferencia entre los dos modelos recomendados al interpretar el gasto “público” o “privado” es la forma de tratar las transferencias de los ingresos generales del estado a los esquemas de financiamiento (excluidos los esquemas gubernamentales). Para conocer el gasto público total en salud, hay que incluir todas las transferencias del estado, incluidas las de las entidades privadas.

Tratamiento de los costos compartidos:

La cobertura de los esquemas de financiamiento por terceros (esquema de seguros o esquema gubernamental) tiene tres componentes: cobertura de la población, el paquete de servicios cubierto y la parte del costo de los servicios pagados por el esquema. En consecuencia, la parte que pagan los pacientes se debe considerar un componente de pago directo y no se debe contabilizar como gasto del esquema de financiamiento. El concepto, control y evaluación de la protección financiera requiere distinguir con claridad la parte del costo que cubre el seguro obligatorio (o un esquema gubernamental) y la parte que pagan los pacientes. Es evidente, que la protección financiera de los pacientes pelagra cuanto más altos sean los costos que tengan que pagar. Thomson y Mossialos (2009) recalcan que: “Varios países han hecho un esfuerzo por ampliar la cobertura de la población.... Sin embargo, el alcance y profundidad de la cobertura son tan importantes como su universalidad y la tendencia de algunos países de reducirla socava la protección financiera”. (p.xxi)

Un seguro voluntario puede reembolsar la parte que paga el paciente. Este caso hay que tratarlo de forma similar al del seguro voluntario que devuelve el importe de la factura de un servicio no cubierto por el seguro obligatorio. El pago se considera un gasto en el seguro voluntario. En consecuencia, la parte del costo reembolsado por el seguro voluntario se debe contabilizar como gasto en el seguro voluntario y no se incluye en los pagos directos (OOPS) de los hogares. De esta manera se puede tener una mejor imagen de la protección financiera. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las características de la cobertura del esquema gubernamental o del seguro determinan la parte que pagan los hogares, que es un componente del

pago directo de los mismos. El costo total de los bienes y servicios justifica los dos componentes del pago: el que se realiza mediante pago de un tercero y el pago directo. Dado que el costo total de estos servicios es una información muy importante, en la clasificación se incluyen las partidas de notificación siguientes: esquemas gubernamentales y esquemas de seguros de salud obligatorios contributivos con costos compartidos (HF.1 + HF.3.2.1); esquemas de seguros de salud voluntarios con costos compartidos (HF.2 + HF.3.2.2).

Relación entre los esquemas de financiamiento y los agentes de financiamiento

Los agentes de financiamiento son unidades institucionales que administran uno o más esquemas de financiamiento: recaudando fondos y comprando servicios en cumplimiento de las normas del esquema de financiamiento de la salud determinado. Incluye los hogares como agentes de financiamiento de los pagos directos.

El SHA 2011 interpreta los esquemas de financiamiento como los componentes básicos del sistema de financiamiento de la salud, desde el punto de vista del acceso a la atención, conectándolos a los proveedores y a las funciones de salud en el sistema tri-axial del SHA.

Desde el punto de vista de la rendición de cuentas de las instituciones del sistema de financiamiento de la salud, es importante tener en cuenta a los agentes de financiamiento. Mejorar los niveles de rendición de cuentas a nivel de los países a través de una mejor gobernanza y una mayor eficiencia es un tema clave de las políticas públicas. Esto requiere de comprensión sobre quién gestiona los esquemas de financiamiento (recursos financieros) y la habilidad para hacerlo. En otras palabras, los agentes de financiamiento de un país son un componente básico para los análisis. La tabla 7.7 es una herramienta ilustrativa para ver los modelos institucionales de los esquemas de financiamiento de un país.

Como ya se ha mencionado, los agentes de financiamiento (FA) son unidades estadísticas básicas de las cuentas nacionales de salud. Los esquemas de financiamiento son los componentes básicos para analizar el financiamiento del consumo de bienes y servicios de salud. Por su parte, los datos sobre las transacciones se recogen de los agentes de financiamiento (FA) que operan los distintos esquemas de financiamiento, o de los proveedores, dependiendo de los sistemas estadísticos de cada país. En otras palabras, los esquemas de financiamiento son unidades analíticas básicas en el SHA 2011, que nos dicen cuáles datos será necesario recoger de los agentes de financiamiento (FA) o proveedores. El anexo A4 incluye una clasificación de los agentes de financiamiento.

La tabla 7.7 muestra los posibles agentes de financiamiento de los principales tipos de esquemas de financiamiento.

Como ya se ha comentado, hay grandes variaciones entre los países sobre la forma de organizar los esquemas básicos de financiamiento de la salud. En países con instituciones complejas, es muy importante distinguir con claridad entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento, y definir sin ambigüedades las posibles funciones de las unidades institucionales participantes en el financiamiento de la salud (p.ej., el gobierno, el resto del mundo).

Tabla 7.7. Posibles agentes de financiamiento de los principales tipos de esquemas de financiamiento

Esquemas de financiamiento	Agentes de financiamiento	
	Agencias recaudadoras de ingresos	Agentes de compra
Esquema gubernamental	Organismos gubernamentales	Organismos gubernamentales: ministerios, gobiernos locales ISFLSH Empresas
Esquema del seguro social de salud	Organismo gubernamental Agencia nacional del seguro de salud Seguro social de salud Empresas de seguros privados	Agencia nacional del seguro de salud Seguro social de salud Empresas de seguros privados
Esquemas obligatorios de seguros privados	Organismo gubernamental Empresas de seguros privados	Empresas de seguros privados Empresas públicas
Esquemas de seguros de salud voluntarios	Empresas de seguros privados Seguro social de salud ISFLSH	Empresas de seguros privados Seguro social de salud ISFLSH
Esquemas de financiamiento ISFLSH	ISFLSH	ISFLSH
Esquemas de financiamiento de empresas	Empresas	Empresas
Esquemas de financiamiento del resto del mundo (RdM)	RdM	RdM ISFLSH Organismos gubernamentales

Fuente: IHAT para SHA 2011

En varios países hay una correspondencia biunívoca entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento (gráfico 7.3). Por ejemplo, en el país A con un modelo de organización sencillo, la atención financiada por el gobierno está gestionada por organismos gubernamentales, las compañías de seguro ofrecen seguros voluntarios, y los hogares pagan de sus bolsillos determinados servicios.

La correspondencia biunívoca, sin embargo, no es necesaria desde un punto de vista teórico. Además, en realidad hay muchos países en los que la relación entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento es más compleja y ha cambiado considerablemente en los últimos años (gráfico 7.4). Por ejemplo:

Gráfico 7.3. Relación entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento: correspondencia biunívoca

País (A): Correspondencia biunívoca entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento					
Esquemas de financiamiento	Agentes de financiamiento (Unidades institucionales)				
	Organizaciones del gobierno (FA.1.1, FA.1.2)	Fondos seguros sociales (FA.1.3)	Empresas de seguros (FA.2)	Hogares (FA.5)	Resto del mundo (FA.6)
Esquemas gubernamentales (HF.1.1)					
Esquemas de seguros sociales de salud obligatorios (HF.1.2.1)					
Esquemas de seguros de salud voluntarios (HF.2.1)					
Gasto directo de los hogares (HF.3)					
Programas de ayuda extranjera (HF.4)					

Fuente: IHAT para SHA 2011

Gráfico 7.4. Relación entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento: Ejemplo de un escenario institucional más complejo

País B. Relación compleja entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento

Esquemas de financiamiento	Agentes de financiamiento (Unidades institucionales)				
	Organismos gubernamentales (FA.1.1, FA.1.2)	Fondos seguro social (FA.1.3)	Empresas de seguros (FA.2)	Hogares (FA.5)	Resto del mundo (FA.6)
Esquemas gubernamentales (HF.1.1)					
Esquemas de seguros sociales de salud obligatorios (HF.1.2.1)					
Esquemas de seguros de salud voluntarios (HF.2.1)					
Gasto directo de los hogares (HF.3)					
Programas ayuda extranjera (HF.4)					

Fuente: IHAT para SHA 2011

- El mismo actor puede servir de agente de financiamiento para más de un esquema de financiamiento (las compañías de seguros privados, además de ofrecer seguros voluntarios, pueden gestionar el esquema de los seguros sociales);
- Los actores pertenecientes a diferentes sectores institucionales de la economía pueden actuar de agentes de financiamiento para el mismo esquema de financiamiento (por ejemplo, el esquema de seguro social obligatorio – en el mismo país y al mismo tiempo -- puede estar gestionado por una agencia de seguro social y por una compañía de seguros privados).
- El mismo actor (por ejemplo, la agencia tributaria) puede actuar de recaudador para más de un esquema de financiamiento (por ejemplo, el esquema del gobierno central y seguro social); etc.

Gasto por esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento

Las tablas HCxHF y HFxHP ofrecen información adecuada para la comparación internacional, pero para fines nacionales se requiere además la información sobre el gasto de los esquemas y agentes de financiamiento. Si fuera necesario, se pueden crear subcategorías para los agentes de financiamiento que gestionan un esquema determinado. Por ejemplo, “Esquemas de financiamiento del gobierno central gestionados por las IFLSH”; “Seguro social de salud gestionado por los fondos de la seguridad social”; “Seguro social de salud gestionado por compañías privadas de seguros”. (Las directrices para aplicar las clasificaciones de financiamiento de la salud en el SHA 2011 se publicarán por separado y darán ejemplos concretos para su implementación).

Una tabla de ese tipo aportaría información importante sobre los modelos institucionales de esquemas de financiamiento concretos. El gasto total de un esquema de financiamiento sería un agregado de todas las unidades institucionales.

Cuando más de una unidad institucional participa en la gestión de un esquema de financiamiento, la tabla mostraría la función de cada unidad institucional.

El gasto de un esquema de financiamiento incluye el gasto en bienes y servicios y la administración del esquema de financiamiento. La administración de un esquema de financiamiento determinado incluye los gastos en la recaudación de fondos y de las compras. Por tanto, si dos unidades institucionales diferentes participan en la recaudación de fondos y compra, se deberán incluir los costos de administración de las dos unidades institucionales.

Esta tabla se puede utilizar para comparar las características institucionales del financiamiento a la salud y para ver los cambios en los modelos institucionales de los esquemas de financiamiento de la salud en países que poseen una organización institucional más compleja. Por ejemplo, los cambios en el modelo institucional del seguro obligatorio; o cambios en la participación de las ONG en la gestión de los programas públicos de salud. Los países con modelos sencillos de financiamiento a la salud no necesitan una tabla de esas características.

Relación entre esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento desde el punto de vista de la recopilación de datos

Como ya se ha comentado, en un sentido estadístico, HF es una unidad analítica (similar a HC). Las unidades de recopilación de datos son los establecimientos de los agentes de financiamiento o de los proveedores (dependiendo del sistema estadístico de un país) – de forma similar a cómo se recogen los datos para HC que se recogen también de los proveedores (o instituciones de financiamiento).

En algunos países (por ejemplo, en los Países Bajos) las compañías de seguros gestionan seguros de salud obligatorios, fuertemente regulados por el gobierno y seguros de salud voluntarios, según la normativa de la UE, con muy poca intervención del gobierno. Las unidades dentro de las compañías de seguros que gestionan seguros obligatorios y las que gestionan seguros voluntarios se deben considerar unidades independientes, de la misma manera que en la clasificación funcional, la atención ambulatoria y con internamiento se calculan por separado, aunque se ofrezcan ambas dentro de un hospital (a pesar de que hay unidades de una compañía de seguros que realizan las dos actividades).

Por ejemplo, en Portugal, el principal esquema de financiamiento es el Servicio Nacional de Salud (HF.1.1 Esquemas gubernamentales). Sin embargo, los datos para la tabla HCxHF se recogen de varias fuentes: Por ejemplo, de las ACSS que es un organismo dependiente del Ministerio de Salud, que gestiona el Servicio Nacional de Salud y las encuestas a los minoristas que venden fármacos.

Distinción entre los esquemas gubernamentales y el gobierno como unidad institucional

El gobierno se encarga de gestionar el sistema de financiamiento de la salud – recaudando fondos, mancomunando recursos y realizando compras de servicios. El gráfico 7.5 es un ejemplo de la relación entre los esquemas gubernamentales y la participación del gobierno como proveedor de fondos y como agente de financiamiento. Los recuadros en la segunda columna incluyen los esquemas de financiamiento público (HF.1.1.1 y HF.1.1.2; los recuadros en la primera columna incluyen los fondos

que aporta el gobierno; y los recuadros marcados en la tercera columna incluyen las administraciones que actúan de agentes de financiamiento de HF.1.1.1 y HF.1.1.2.

El gráfico 7.5 muestra que:

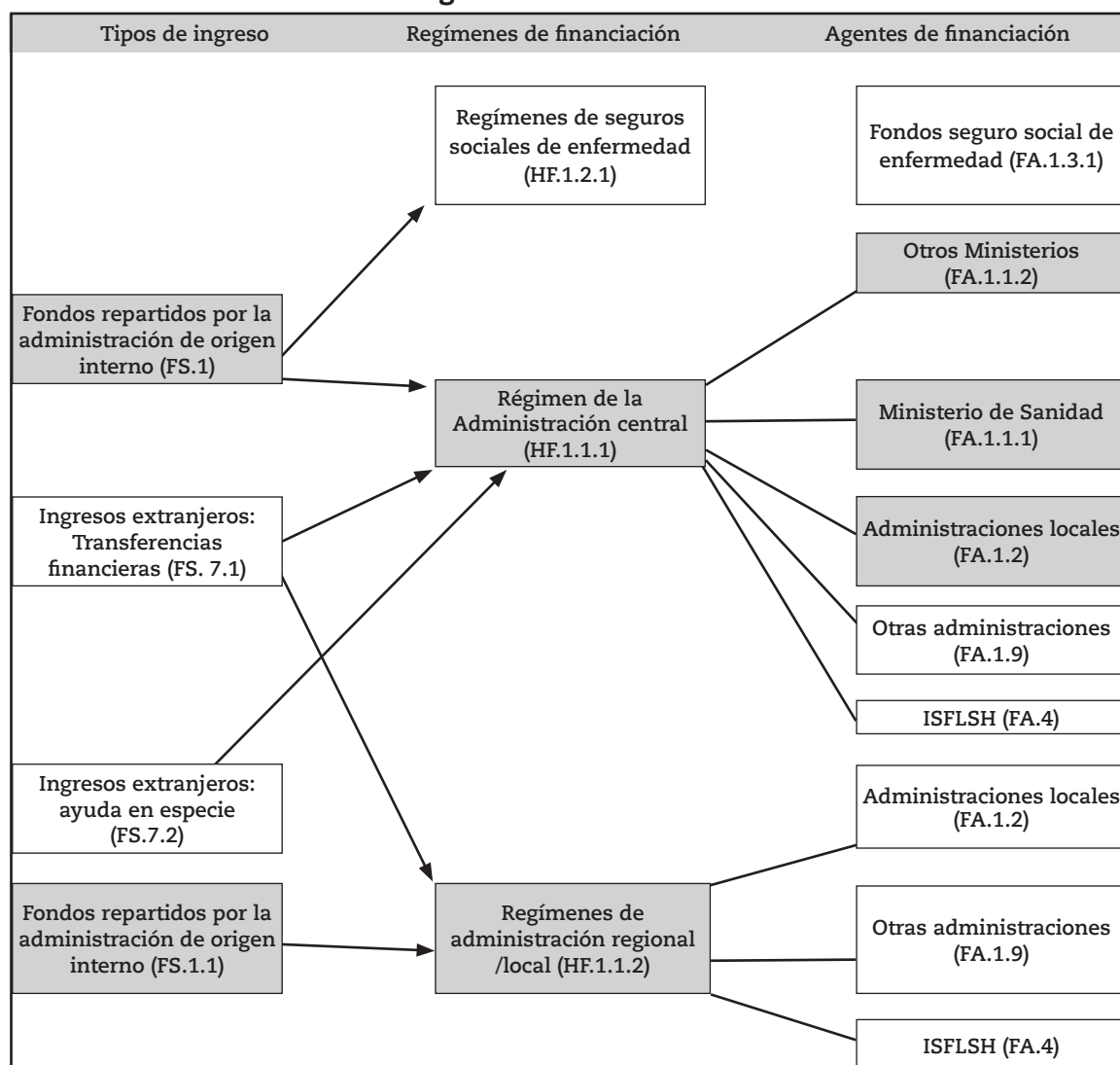
- El gobierno aporta fondos de origen interno (FS.1) no solo a los esquemas gubernamentales (HF.1.1), sino a otros esquemas de financiamiento (por ejemplo, seguro social obligatorio: HF.1.2.1, seguro social voluntario HF.2.1, etc.);
- Los esquemas gubernamentales pueden recibir fondos de otras fuentes distintas a los ingresos generales del gobierno (por ejemplo, ayuda extranjera: FS.7.2);
- Los esquemas del gobierno central (HF.1.1.1) pueden estar gestionados por diferentes unidades gubernamentales (FA.1.1.2; FA.1.2; FA.1.9) y tener ONG como agentes de financiamiento (FA.4);
- Los esquemas del gobierno local (HF.1.1.2), además de fondos de los ingresos generales del gobierno local, reciben ayudas del gobierno central (FS.1.1) y ayudas de entidades extranjeras (FS.7.1);
- Los esquemas de financiamiento del gobierno central (HF.1.1.2) pueden estar gestionados por gobiernos locales (FA.1.2); otras unidades públicas (FA.1.9) y por ONG (FA.4);

Distinción entre esquemas de financiamiento resto del mundo, entidades extranjeras como proveedores de fondos y entidades extranjeras como agentes de financiamiento

La participación de los recursos extranjeros (de agencias internacionales, fundaciones, etc.) en el financiamiento de la servicios de salud puede ser muy importante en los países de ingreso más bajo. Aquí sólo se describen las complejas relaciones entre los esquemas de financiamiento a la salud, sus ingresos y las unidades institucionales. Los recuadros sombreados del gráfico 7.6 indican los diferentes tipos de participación del RdM. En el gráfico 7.6 se puede ver:

- La participación de las entidades extranjeras en la provisión de recursos financieros y ayuda en especie a los esquemas de financiamiento de la salud de un país. El Resto del Mundo (como proveedor de fondos) puede incluir organizaciones internacionales, gobiernos extranjeros y otras entidades extranjeras (incluida la familia que viva en el extranjero – a través de las remesas). El gráfico 7.6 muestra solo los tipos de ingresos (no indica las unidades institucionales de donde proceden los mismos).
- El RdM puede aportar fondos a los esquemas gubernamentales (HF.1.1) o programas de salud de las IFSLH (HF.2.2), o una entidad extranjera (por ejemplo, una fundación), puede crear un programa de salud independiente que – si se cumplen determinados criterios – se podría considerar un esquema de financiamiento (HF.4).
- Una unidad institucional extranjera (no residente) (FA.6) puede gestionar un esquema de financiamiento RdM (por ejemplo, una ONG extranjera puede aplicar un programa de prevención financiado con una ayuda extranjera).
- En algunos casos, los proveedores reciben directamente los fondos del extranjero.

Gráfico 7.5 **Ejemplo de la relación entre esquemas gubernamentales, el gobierno como proveedor de recursos financieros y el gobierno como agente de financiamiento**¹⁴⁰



Estos casos se refieren al RdM como fuentes de financiamiento.

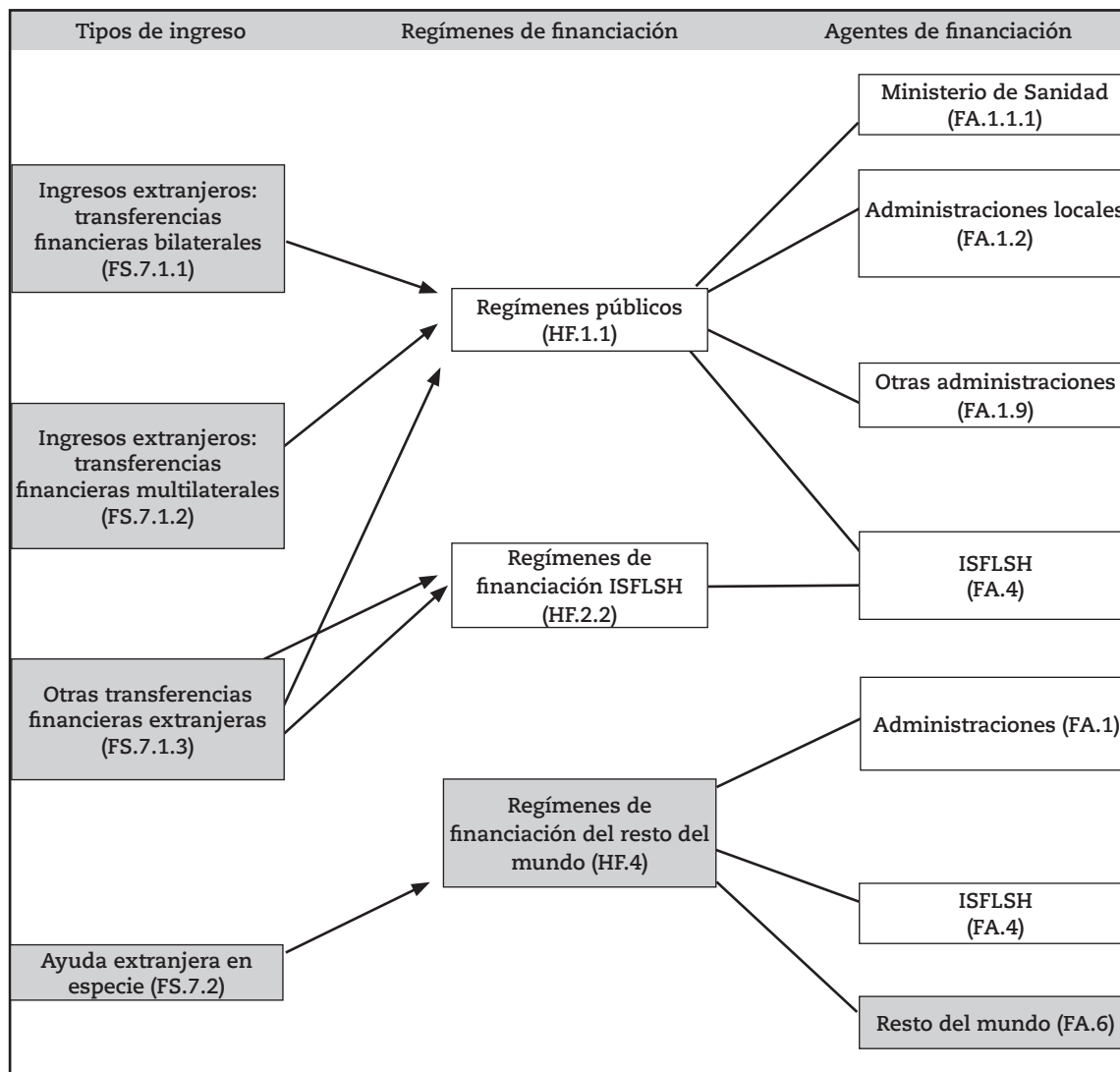
- Gráfico 7.5 Ejemplo de la relación entre esquemas gubernamentales, el gobierno como proveedor de recursos financieros y el gobierno como agente de financiamiento

Tratamiento de los superávits o déficits en SHA 2011²³

Las tablas HCxHF y HPxHF muestran el gasto en los esquemas de financiamiento de la salud en un período contable determinado, mientras que la tabla HFxFS detalla todos los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud durante

²³ Las flechas indican los flujos de ingresos y las líneas de puntos muestran las relaciones entre los esquemas de financiamiento y los agentes de financiamiento

Gráfico 7.6 Posibles funciones de los recursos extranjeros y unidades institucionales extranjeras (no residentes)

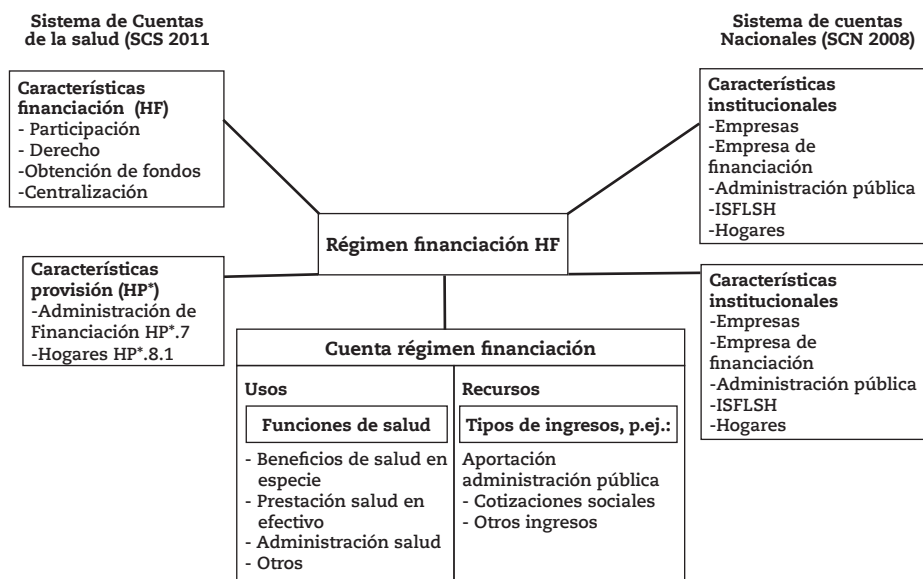


un período determinado. Los ingresos de un esquema pueden ser superiores o inferiores al gasto en bienes y servicios de salud del mismo. Por tanto, el gasto total en las tablas HCxHF y HPxHF no es necesariamente igual al total de ingresos en la tabla HFxFS. Las diferencias entre los subtotales en HFxFS y HCxHF (ingresos menos gastos de cada esquema de financiamiento) muestra el superávit o déficit de un esquema de financiamiento de la salud concreto durante un período contable dado.²⁵

²⁴ Las flechas indican los flujos de ingresos y las líneas de puntos muestran las relaciones entre los esquemas de financiamiento y los agentes de financiamiento

²⁵ En el SHA 1.0 el gasto total en salud tiene que ser igual en las tablas HCxHF y HFxFS. La tabla HFxFS muestra las fuentes del gasto utilizadas para el consumo final en un período contable determinado. El SHA 2011 interpreta de forma diferente la tabla HFxFS.

Gráfico 7.7 Esquemas de financiamiento en el contexto del SHA 2011 y SCN 2008



Los esquemas de seguros sociales en varios países financian no solo los bienes y servicios de servicios de salud, sino también otros servicios sociales. En tales casos, solo hay que contabilizar los “ingresos importantes para la salud” y los gastos relacionados con la salud. Como los ingresos pueden no estar completamente separados de los componentes del gasto de dichos esquemas de seguros sociales, es necesario hacer determinados supuestos. Se pueden analizar los déficits y los superávits de dichos esquemas de seguros de salud, pero en dichos análisis puede influir la forma de calcular los “ingresos relacionados con la salud”.

Una alternativa es la tabla de cuentas sectoriales comentada en el anexo D.

Principales pasos para adaptar el SHA 1.0 o la Guía del Productor de cuentas de salud de un país al SHA 2011

Un análisis cualitativo, puede ser una buena base para adaptar las Cuentas Nacionales de Salud de un país a la estructura del SHA 2011, lo cual incluye:

- Como primer paso, identificar con claridad los tipos de esquemas de financiamiento (sub-sistemas) que tiene el país (por ejemplo, según la tabla 7.3 y la árbol de decisiones del gráfico 7.2)
- Definir los tipos de ingresos y agentes de financiamiento para cada esquema de financiamiento. Identificar con claridad todos los tipos de ingresos y unidades institucionales, lo cual puede requerir análisis cualitativos de los esquemas gubernamentales y de los programas de financiamiento del resto del mundo (véase gráfico 7.5 y 7.6).

En función de esta descripción cualitativa:

- Se puede establecer la correspondencia entre el SHA 1.0/categorías MP de ICHA-HF utilizadas en las CNS de un país determinado y las categorías del SHA 2011 de ICHA-HF (véase tabla 7.4). En muchos casos, solo hay que cambiar el nombre.
- Se pueden identificar las categorías importantes para cada país de la clasificación de agentes de financiamiento y la clasificación de ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud.
- Se puede decidir qué tipo de instrumentos son importantes para desarrollar más las CNS de un país determinado. (Véanse las tablas propuestas de las cuentas sectoriales).
- Se puede decidir si son necesarios análisis específicos de la ayuda extranjera.

PARTE II

**Clasificaciones Adicionales
de las Cuentas de Salud,
Aplicaciones y Métodos**

PARTE II

Capítulo 8

**Clasificación de los Ingresos
de los Esquemas
de Financiamiento a la Salud
(ICHA-FS)**

Introducción

Este capítulo presenta el concepto de clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud (FS). La estructura contable presentada en el capítulo 7 establece la base conceptual de este capítulo.

Concepto principal

Los datos básicos necesarios para realizar los análisis son (i) la cuantía de los fondos que se recaudan; (ii) de qué forma se recaudan; (iii) de qué unidades institucionales de la economía se obtienen los fondos para cada uno de los esquemas de financiamiento; y (iv) qué esquemas de financiamiento los reciben. Por tanto, las cuentas de la salud deben ofrecer información sobre (i) los mecanismos de contribución que usan los esquemas de financiamiento para recaudar sus ingresos; y (ii) las unidades institucionales de la economía de las que proceden dichos ingresos. Por tanto, las fuentes de financiamiento se pueden interpretar de dos formas: como tipos de ingresos y como unidades institucionales.

Para el análisis de la recaudación de fondos, se pueden adoptar tres puntos de vista: dónde se originan los flujos financieros; dónde se destinan y cuál es la naturaleza de los mismos. Desde la perspectiva de las políticas de salud y de finanzas públicas es importante entender la naturaleza de los flujos. Por ejemplo, la clasificación FS permitiría distinguir entre financiamiento público y privado a la salud. En muchos países es importante conocer la procedencia de los fondos de los esquemas de financiamiento, ya que muchos sistemas de salud tienen problemas de financiamiento, bien porque desean disponer de más fondos, o porque los quieren utilizar mejor, siempre de forma equitativa y sostenible. Los responsables políticos se dan cuenta de que cada vez es más necesario informar de sus decisiones sobre los mecanismos existentes y propuestos de financiamiento del sistema de salud. La clasificación de ingresos de los esquemas de financiamiento sirve para conocer los mecanismos de recaudación de una estructura de financiamiento. Además, con la nueva clasificación se pueden analizar las aportaciones de las unidades institucionales.¹

La clasificación de ingresos permite interpretar de forma adecuada el financiamiento público y el privado. Se ha reconocido que no existe una correspondencia biunívoca entre lo que se considera público y privado en las unidades institucionales del sistema de salud, así como lo público y privado en los fondos utilizados para financiar la salud. Existe cierta ambigüedad en la interpretación de lo que es público y lo que es privado. Por ejemplo, los “hogares”, como sector institucional, pertenecen al sector privado, aunque los hogares contribuyan a los

¹ Mientras que la interpretación de FS como conjunto de unidades institucionales no permite analizar los tipos de flujos financieros.

fondos públicos y privados (por ejemplo, los fondos del seguro social de salud y los fondos del seguro médico voluntario, y por supuesto, los hogares son la fuente principal de financiamiento de los fondos públicos). Las cotizaciones al seguro social de salud que pagan los hogares se consideran componentes del financiamiento público y las que pagan de forma voluntaria se consideran financiamiento privado². Esto es coherente con la lógica del financiamiento público, ya que los “impuestos a la seguridad social” se consideran parte del financiamiento público cuando se calcula el déficit o superávit público. O dicho de otra forma, las cotizaciones a la seguridad social forman parte del “espacio fiscal”.

Sin embargo, conocer lo que aporta cada sector institucional de la economía también es una información fundamental, ya que así se conoce la carga financiera de cada uno de ellos. Por tanto, se propone incluir los sectores institucionales (utilizando las categorías del SCN) como partidas de notificación en la clasificación FS, que sumaría los distintos tipos de ingresos que recibe cada sector institucional.³

Comparación del concepto de ingresos de los esquemas de financiamiento con las fuentes de financiamiento en la Guía del Productor

Las principales ventajas de la clasificación de ingresos de los esquemas de financiamiento son:

- Ofrece información más exhaustiva sobre la recaudación de los fondos (cómo y qué tipos de fondos recaudan los esquemas de financiamiento – además de la información sobre las unidades institucionales – de qué sectores institucionales de la economía).
- Permite interpretar mejor la estructura de las finanzas “públicas” y “privadas”, al modificar los agregados más importantes del gasto para que reflejen mejor los modelos de financiamiento actuales de la salud. Los agregados propuestos son: “Fondos públicos y privados obligatorios gastados en servicios de salud” y “Fondos privados voluntarios gastados en servicios de salud”. (véase capítulo 7⁴.)
- Hace posible analizar los múltiples niveles de financiamiento y el tema de quién soporta la carga del financiamiento a los esquemas. (véase tabla 8.4)

² Las categorías FS, según se presentan en la Guía del Productor (GP), no muestran los tipos de transferencias a través de las cuales se canalizan los recursos procedentes de las unidades institucionales y se destinan a los regímenes de financiamiento. En consecuencia, hay información importante que puede no ser transparente, como por ejemplo las diferentes formas de financiamiento de los hogares. Tampoco ofrece una imagen completa de la participación de los hogares en el financiamiento de la salud. Por ejemplo, clasificar por separado las primas voluntarias y obligatorias que pagan los hogares brinda una información útil, ya que son aportaciones y mecanismos de pre-pre-pago y de mancomunación de recursos. Una clasificación de las unidades institucionales no distinguiría entre (a) aportaciones obligatorias de los hogares (por ejemplo, las cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores) que forman parte del “espacio fiscal” y de las cuentas del gobierno dentro de las finanzas públicas y por tanto se deben considerar gasto público; y (b) pre-pre-pago voluntarios (por ejemplo, primas de seguros voluntarios), que son claramente gasto privado.

³ Por ejemplo, todas las aportaciones de los hogares (cotizaciones a la seguridad social, pre-pago voluntario y todos los demás ingresos de los hogares (n.e.p.), deben sumarse para poder calcular la aportación total de los hogares al sistema de salud.

⁴ Como se ha comentado en el capítulo 7, si se mantienen en cuentas separadas los pre-pagopre-pagos obligatorios (de los seguros privados obligatorios), los analistas pueden decidir si luego los suman o no para contabilizarlos como parte del gasto público o privado en salud.

Tabla 8.1 **Comparación de FS en el SHA 2011 con el Guía del Productor**

	Ingresos de los esquemas de financiamiento bajo SHA 2011	Fuentes de financiamiento de la Guía del Productor (PG)
Definición de ICHA-FS	<i>Ingresos de los esquemas de financiamiento (ej. Ingresos del gobierno, cotizaciones a la seguridad social, etc.).</i>	<i>Unidades institucionales de la economía cuyos recursos han movilizado y gestionado los esquemas de financiamiento (públicos, empresas, etc.)</i>
Información básica en la clasificación FS	“Cómo” se movilizan los ingresos por los esquemas de financiamiento (tipos de transacciones)	“De quién” se recaudan los ingresos según los esquemas de financiamiento
Información adicional necesaria	“De quién” se recaudan los ingresos (sub-categorías de la clasificación propuesta)	“Cómo” se movilizan los ingresos

Fuente: IHAT para SHA 2011

Definición de ingresos de los esquemas de financiamiento

El ingreso es un aumento en los fondos de los esquemas de financiamiento a la salud, que se realiza a través de mecanismos específicos de aportación. Las categorías de la clasificación son los distintos tipos de transacciones a través de las cuales los esquemas de financiamiento obtienen sus ingresos.

El objetivo de esta clasificación es agrupar los tipos de ingresos⁵ de los esquemas de financiamiento en categorías excluyentes. Si fuera necesario, la categoría de ingresos se puede dividir en subcategorías que definan quien (o qué sector institucional) aporta el ingreso determinado. (Por ejemplo, el pre-pago voluntario como categoría de ingresos en los esquemas de financiamiento tiene dos subcategorías: pre-pago voluntario de los hogares, pre-pago voluntario de los empleadores, etc.)

Los ingresos también pueden proceder de transferencias en especie (por ejemplo, ayuda extranjera en especie a los esquemas de financiamiento gubernamentales).

En varios países las administraciones de la seguridad social, o las compañías privadas de seguros son agentes de financiamiento no sólo del seguro de salud (sino también de las pensiones, desempleo o vivienda). En tales casos, sólo hay que contabilizar los ingresos correspondientes a salud. Esto requiere procedimientos de ajuste diferentes y por tanto es necesario el desarrollo de guías para tales fines. En particular, cuando estas estas instituciones complejas actúan como agentes financieros, el análisis de los déficits y superávits requiere de un estudio cuidadoso. Los déficits y los superávits de los esquemas de financiamiento pueden estar condicionados por los supuestos adoptados para calcular los “ingresos relacionados a la salud”.

La tabla 8.2 presenta la clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento y a continuación se explican algunas de las categorías más importantes.

⁵ Según el Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas, el ingreso es un aumento del patrimonio neto resultado de una transacción, incluidas las transacciones monetarias y no monetarias. Cada transacción es un intercambio o una transferencia. Una transacción es un intercambio, si una unidad presta un bien o un servicio, un activo o un trabajo a una segunda unidad y recibe a cambio un bien, un servicio, un activo o un trabajo del mismo valor. Una transacción es una transferencia si una unidad presta un bien o un servicio, activo o trabajo a una segunda unidad sin recibir un bien, un servicio, un activo o un trabajo del mismo valor a cambio.

Tabla 8.2 **Clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud**

Código	Descripción
FS.1	Transferencias de los ingresos públicos internos (para salud)
FS.1.1	Transferencias y donaciones internas
FS.1.2	Transferencias del gobierno en nombre de grupos específicos
FS.1.3	Subsidios
FS.1.4	Otras transferencias de los ingresos públicos internos
FS.2	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno
FS.3	Cotizaciones a la seguridad social
FS.3.1	Cotizaciones a la seguridad de los trabajadores
FS.3.2	Cotizaciones a la seguridad de los empleadores
FS.3.3	Cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores autónomos
FS.3.4	Otras cotizaciones a la seguridad social
FS.4	Pre-pago obligatorio (excluidos los de FS.3)
FS.4.1	Pre-pago obligatorio de personas y hogares
FS.4.2	Pre-pago obligatorio de empleadores
FS.4.3	Otros pre-pagos obligatorios
FS.5	Pre-pago voluntarios
FS.5.1	Pre-pago voluntario de personas y hogares
FS.5.2	Pre-pago voluntario de empleadores
FS.5.3	Otros pre-pagos voluntarios
FS.6	Otros ingresos del país n.e.p.
FS.6.1	Otros ingresos de hogares n.e.p.
FS.6.2	Otros ingresos de empresas n.e.p.
FS.6.3	Otros ingresos de ISFLSH n.e.p. (instituciones sin fines de lucro)
FS.7	Transferencias externas directas
FS.7.1	Transferencias financieras externas directas
FS.7.1.1	Transferencias financieras directas bilaterales
FS.7.1.2	Transferencias financieras directas multilaterales
FS.7.1.3	Otras transferencias financieras externas directas
FS.7.2	Ayuda externa directa en especie
FS.7.2.1	Ayuda directa externa en bienes
FS.7.2.1.1	Ayuda directa bilateral en bienes
FS.7.2.1.2	Ayuda directa multilateral en bienes
FS.7.2.1.3	Otra ayuda directa extranjera en bienes
FS.7.2.2	Ayuda directa externa en especie: servicios (incluyendo AT)
FS.7.3	Otras transferencias externas directas (n.e.p.)
Partidas debajo de la línea	
Partidas de notificación	
FS.RI.1	Unidades institucionales que aportan ingresos a los esquemas de financiamiento
FS.RI.1.1	Gobierno
FS.RI.1.2	Empresas
FS.RI.1.3	Hogares
FS.RI.1.4	ISFLSH
FS.RI.1.5	Resto del mundo
FS.RI.2	Ingresos totales del exterior(FS.2 +FS.7)
FS Partidas relacionadas	
FSR.1	Préstamos
FSR.1.1	Préstamos del gobierno
FSR.1.2	Préstamos de las empresas privadas
FSR.2	Ayudas en especie valoradas por el donante

Notas explicativas de la clasificación ICHA-FS de los ingresos de los esquemas de financiamiento

FS.1 *Transferencias de los ingresos internos del gobierno*

Esta partida se refiere a los fondos asignados a salud, provenientes de los ingresos internos del gobierno. Los países con una administración pública descentralizada (y una recaudación descentralizada de los ingresos públicos) puede que deseen conocer la aportación de fondos del gobierno central y local a los esquemas de financiamiento. Estos países pueden crear subcategorías en FS.1.1 a FS.1.4 (véase tabla 8.5).

FS.1.1 *Transferencias y donaciones internas*

Esta partida refleja las transferencias dentro del gobierno central – en países con sistemas fiscales descentralizados (en los que el gobierno regional y local también recauda impuestos) – transferencias dentro del gobierno regional/local; así como donaciones del gobierno central al local. Las transferencias internas son componentes básicos del presupuesto de los regímenes públicos de financiamiento de la salud (HF.1.1). Como se puede ver en la tabla 8.3, los regímenes públicos pueden tener otros tipos de ingresos, como los ingresos internos (FS.6. por ejemplo donaciones), e ingresos del extranjero (FS.7).

- *Incluye:* ingresos asignados a esquemas gubernamentales (FS.1.1), que pueden ser una transferencia interna dentro del mismo nivel de gobierno, o una transferencia entre el gobierno central y el local. Incluye: el presupuesto de los servicios nacionales de salud; ingresos asignados a los programas de salud del gobierno central en países con seguridad social, etc. Esta partida incluye donaciones recibidas de otra unidad gubernamental interna.
- *Incluye:* las donaciones del gobierno central a los esquemas de financiamiento de un gobierno local; fondos asignados a esquemas de trabajadores públicos específicos (véase definición de esquemas gubernamentales en el capítulo 7), etc.
- *Excluye:* las cotizaciones a la seguridad social pagadas por el gobierno como empleador. (Se contabiliza en FS.3.2).

FS.1.2 *Transferencias del gobierno en nombre de grupos específicos*

Esta partida refleja los pagos al seguro social de salud. En varios países el gobierno paga en nombre de determinados grupos de población (por ejemplo niños, ancianos, determinados grupos de personas en paro, etc.) para asegurar su cobertura.

El gobierno puede contratar un seguro voluntario para cubrir los co-pagos de los más pobres. En este caso, las primas del seguro voluntario pagadas por el gobierno, se contabilizan en esta categoría.

- *Excluye:* cotizaciones pagadas por el gobierno como empleador.

FS.1.3 *Subsidios*

Esta partida recoge los fondos asignados de los ingresos públicos internos a los regímenes voluntarios de atención de la salud gestionados por unidades institucionales que no sean gubernamentales o ISFLSH.

- *Incluye:* subsidios a los regímenes de seguros médicos obligatorios o voluntarios (gestionados por compañías privadas de seguros). También se contabilizan en esta categoría las deducciones fiscales a los hogares que contratan un seguro médico privado.

FS.1.4 Otras transferencias de los ingresos internos del gobierno

Esta partida incluye las transferencias públicas a los esquemas de financiamiento de las ISFLSH. Estas transferencias normalmente se hacen para cubrir los costos de las actividades de las ISFLSH, o aportar fondos para que las ISFLSH puedan hacer transferencias corrientes a los hogares (por ejemplo, para el tratamiento en el extranjero de los niños enfermos). Esta categoría también cubre las transferencias en especie.

FS.2 Transferencias de origen externo distribuidas por el gobierno

Aquí se registran las transferencias que se hacen desde el extranjero (financiamiento bilateral, multilateral o de otro tipo) que distribuye el gobierno general. Para el esquema de financiamiento que recibe estos fondos, el proveedor del fondo es el gobierno, pero el fondo en sí mismo, tiene su origen en el extranjero. El origen de los ingresos solo puede registrarse en el nivel donde se realiza la transacción del ingreso.

Las transacciones de fondos procedentes de entidades extranjeras canalizados a través del gobierno pueden ser:

- *Fondos financieros del extranjero para la salud.* Estos fondos normalmente son donaciones de agencias internacionales o gobiernos extranjeros destinadas al gobierno, o transferencias voluntarias (donaciones) de ONG extranjeras o determinadas personas o al gobierno. El gobierno puede utilizar estas donaciones para financiar esquemas gubernamentales o esquemas de las ISFLSH.
- *Fondos extranjeros no reservados.* Son donaciones y transferencias voluntarias (diferentes de las donaciones) que recibe el gobierno sin que el organismo extranjero especifique para qué se tienen que utilizar.

FS.3 Cotizaciones a la seguridad social

Las cotizaciones a la seguridad social son pagos de los empleadores en nombre de sus trabajadores o de los trabajadores autónomos, personas en desempleo o que trabajan por su propia cuenta, realizados con el propósito de tener derecho a las prestaciones de la seguridad social. Las subcategorías de las cotizaciones a la seguridad social se clasifican por tipo de unidades institucionales que pagan la cotización en nombre de sus asegurados.

Esta categoría excluye las cotizaciones a la seguridad social pagadas por el gobierno en nombre de grupos específicos (que se registran en FS.1.2). Excluye también “cotizaciones imputadas a la seguridad social” (que se registran en FS.6).

FS.3.1 Cotizaciones de los trabajadores a la seguridad social

Esta partida comprende las cotizaciones al seguro social de salud de los hogares. Técnicamente, las cotizaciones de los trabajadores las pagan directamente los trabajadores, o se deducen de sus salarios y el empresario las transfiere en su nombre.

FS.3.2 Cotizaciones de los empleadores a la seguridad social

Esta partida comprende las cotizaciones al seguro social de salud recibidas de los empleadores. Estas cotizaciones las pagan directamente los empleadores. Incluye las cotizaciones del gobierno como empleador, si los trabajadores públicos participan en el régimen general de la seguridad social (caso de que no haya régimen específico de los trabajadores públicos).

Los países pueden crear subcategorías para distinguir entre los diferentes tipos de empleadores, como por ejemplo entidades gubernamentales, empresas públicas y privadas y ISFLSH. En tal caso, se pueden crear subcategorías en FS.3.1.

En el ámbito macroeconómico, las cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores y los empresarios forman parte de los pagos a los asalariados (componentes de los costos laborales). Sin embargo, para analizar la política de salud, es útil distinguirlas.

FS.3.3 Cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores autónomos

Esta partida comprende las cotizaciones al seguro social de salud de los trabajadores autónomos o por cuenta propia.

FS.3.4 Otras cotizaciones a la seguridad social

Esta partida recoge los ingresos de los regímenes de la seguridad social (HF.2) distintos a los clasificados en FS.1.2 y FS.3.1 a 3.3. Incluye, por ejemplo, las cotizaciones a la seguridad social pagadas por los fondos del seguro de pensión en nombre de las personas jubiladas.

FS.4 Pre-pago obligatorios (excluidos los de FS.3)

Incluye las primas de seguro privados obligatorias y pagos obligatorios a las CAMO. Las primas del seguro privado obligatorio son pagos obligatorios del gobierno para asegurar el derecho a prestación de los regímenes de seguro médico obligatorio, que recibe el asegurado u otras unidades institucionales en nombre del asegurado. En el seguro privado obligatorio, todos los residentes (o grupos definidos de residentes) están obligados a contratar una póliza de seguro de salud. La legislación también puede imponer las normas para las primas de seguro, por ejemplo para obligar a las compañías de seguro a poner una prima uniforme.

Las subcategorías de los pre-pago obligatorios (excluidos FS.3) se clasifican por tipo de unidades institucionales que hacen los ingresos:

- Pre-pago obligatorio de personas y hogares (FS.4.1);
- Pre-pago de empleadores (FS.4.2);
- Otros pre-pago obligatorios (FS.4.3), Por ejemplo, las primas de seguros privados obligatorios recibidas por las unidades institucionales que no sean las de los hogares y empleadores.

FS.5 Pre-pago voluntarios

Incluye las primas de seguro privado voluntario. Las primas del seguro voluntario son pagos para asegurar el derecho a prestación de los regímenes de seguro médico voluntario, que recibe el asegurado u otras unidades institucionales en nombre del

asegurado. Las subcategorías de los pre-pagos voluntarios se clasifican por tipo de unidades institucionales que hacen los ingresos:

- Pre-pago de personas y hogares (FS.5.1)
- Pre-pago voluntarios de empleadores (FS.5.2)
- Otros pre-pago voluntarios (FS.5.3) (por ejemplo, recibidos de las unidades institucionales que no sean los de los hogares y empleadores).

Nota metodológica

Como ya se ha comentado, existen varios tipos de seguros médicos voluntarios en distintos países. También son distintos en cuanto a las primas que se deben pagar. Los principales son: primas individuales en relación al riesgo; primas para colectivos; y primas uniformes. Aunque no se vayan a utilizar categorías tan detalladas en la recopilación de datos para comparaciones internacionales, a los fines de las cuentas de salud nacionales los países pueden definir subcategorías de primas de seguro voluntarias, si lo encuentran útil.

FS.6 Otros ingresos del país n.e.p.

Esta categoría incluye los ingresos del país para financiar los regímenes no incluidos en FS.1 a FS.5. Las subcategorías se definen de acuerdo a las unidades institucionales que realizan las transferencias voluntarias:

- Otros ingresos de los hogares n.e.p. (FS.6.1)
- Otros ingresos de sociedades n.e.p. (FS.6.2)
- Otros ingresos de instituciones sin fines de lucro n.e.p. (FS.6.3)

FS.6.1 Otros ingresos de los hogares n.e.p.

Esta categoría incluye el origen de los pagos directos de los hogares. Además, también se incluye cualquier transferencia voluntaria de los hogares a los esquemas de financiamiento de la salud, que no estén clasificadas en FS.5, como por ejemplo las donaciones a los programas de salud de las ISFLSH.

FS.6.2 Otros ingresos de empresas n.e.p.

Esta categoría incluye los recursos de las empresas dedicados a la salud, que no estén incluidos en FS.3 a FS.5. Esta categoría es la principal fuente de financiamiento de los esquemas de financiamiento de las empresas (HF.2.3). Los esquemas de financiamiento de las empresas incluyen modelos en los que las empresas prestan o financian directamente los servicios de salud a sus trabajadores (como los servicios de salud ocupacional), sin que exista un régimen de seguro.

El SCN utiliza los términos “cotizaciones sociales imputadas” para las prestaciones sociales suministradas directamente sin crear un fondo especial. Estos ingresos se registran en esta categoría en el SHA 2011.

Incluye las donaciones voluntarias de las empresas. Un ejemplo es el siguiente. Algunos proveedores de salud (por ejemplo, hospitales) pueden ganar dinero (intereses) por tener sus fondos en los bancos. Los proveedores pueden gastar estos ingresos adicionales en prestar servicios de salud. En estos casos, el esquema de financiamiento es: HF.2.3.2 esquema de financiamiento de los proveedores de salud

(que es una subcategoría de los esquemas de financiamiento a las empresas); la categoría de ingresos es: FS.6.2 Otros ingresos de empresas.⁶

De forma similar, las compañías de seguros privados pueden utilizar los intereses de los seguros médicos que ofrecen. Estas cantidades tienen que incluirse como ingresos en atención de la salud solo cuando se destinan a financiar los servicios de salud (incluida la gestión del seguro médico). El SHA no distingue de forma explícita entre sistemas financiados y no financiados, porque el sistema financiado podría ser el característico de distintos tipos de regímenes, incluido el de la seguridad social. Los ingresos por intereses se deben registrar siempre como parte de FS.6.2.

FS.7 Ingresos directos del extranjero

Las transacciones de las entidades extranjeras directamente recibidas por los esquemas de financiamiento pueden ser:

- Fondos financieros directos del extranjero para la salud. Estos fondos normalmente son donaciones de agencias internacionales o gobiernos extranjeros, o transferencias voluntarias (donaciones) de ONG extranjeras o personas, para financiar los esquemas de financiamiento de la salud del país.
- Ayudas directas en especie del extranjero (bienes y servicios de salud).

Las transferencias corrientes en efectivo o en especie de cooperación internacional incluyen las ayudas en caso de desastres naturales. Hay que distinguir las de las transferencias de capital de característica similar que se clasificaría en formación de capital.

Las subcategorías de ingresos directos del extranjero se definen según dos aspectos:

- Transferencias financieras o ayudas extranjeras en especie (bienes y servicios de salud).
- Transferencias bilaterales, multilaterales o de otro tipo.

Las subcategorías de ingresos del extranjero son: transferencias financieras directas bilaterales, transferencias financieras directas multilaterales, otras transferencias financieras directas; ayuda bilateral directa en bienes, ayuda multilateral directa en bienes, otras ayudas extranjeras directas en bienes; ayuda extranjera directa en servicios (incluida AT).

Nota: Las donaciones o la ayuda de origen extranjero se canalizan a través de las agencias estatales o administraciones y se registran en FS.2 y no en FS.7. FS.7 se deja para las aportaciones directas del extranjero recibidas por varios regímenes.

Partidas debajo de la línea

Préstamos

Véase sección de “Tratamiento de los préstamos”. Cada país puede establecer subcategorías para conocer el origen de los préstamos, es decir de origen externo

⁶ Los proveedores de atención de la salud generan este recurso adicional – de los intereses – y deciden de forma voluntaria dedicarlo a la atención del paciente. De hecho, la “transferencia” es una transferencia interna dentro de los proveedores de servicios de salud.

o interno, según la tabla 8.3. Otras subcategorías podrían ser por vencimiento (un año, más años) o por instrumentos que tengan en cuenta el préstamo total neto (moneda y depósitos, valores que no sean acciones, excluidos los derivados financieros y los préstamos).

Tabla 8.3 **Notificación sugerida de los préstamos como partida debajo de la línea en la clasificación FS**

Código	Descripción
FSR.1	Préstamos
FSR.1.1	Préstamos contratados por el gobierno
FSR.1.1.1	Préstamos de las organizaciones internacionales
FSR.1.1.1.1	Préstamos concesionarios
FSR.1.1.1.1	Préstamos no concesionarios
FSR.1.1.2	Otros préstamos contratados por el gobierno
FSR.1.2	Préstamos contratados por empresas privadas

Unidades institucionales

El segundo grupo de partidas debajo de la línea se refiere a las unidades institucionales que aportan los ingresos a los esquemas de financiamiento. Incluye:

- Gobierno
- Empresas
- Hogares
- ISFLSH
- Resto del mundo.

Estas categorías permiten calcular y analizar las transacciones desde la perspectiva de la obtención de fondos de las unidades institucionales de la economía de las que los esquemas de financiamiento de la salud reciben sus ingresos. (Las Tablas SHA sobre la recaudación de fondos dan información más detallada).

La función de proveedor de fondos de las unidades institucionales hay que diferenciarla de la función de recaudador. Por ejemplo, las cotizaciones a la seguridad social de los hogares y las sociedades a los regímenes de la seguridad social las puede recaudar una agencia del gobierno, por ejemplo la autoridad tributaria nacional. En este caso es la agencia tributaria la unidad institucional que recauda los fondos. Sin embargo, no aparece explícitamente en la clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud. Los ingresos se contabilizan en FS.3 y también se registran en Hogares y Empresas.

Problemas conceptuales específicos

Transferencias de los ingresos públicos

La función del gobierno en la recaudación de fondos requiere atención especial. En términos macroeconómicos, el régimen de financiamiento puede recaudar los fondos de dos maneras:

- Los que provienen directamente de los propietarios de los ingresos: hogares, sociedades y resto del mundo. El importe se decide por reglamento, contratos o decisiones de los propietarios principales del ingreso;

- Los fondos que se reciben por una asignación de los ingresos públicos generales. El gobierno recauda primero los fondos a partir de las actividades que realizan los propietarios primarios de los ingresos y luego, los asigna a diferentes áreas de gasto público, incluidos los esquemas de financiamiento de la salud.

En el caso de los fondos no reservados del presupuesto, no hay una relación directa entre los tipos de fondos públicos⁷ (impuestos, IVA, impuestos de sociedades, ayudas, ventas, etc.) y tipos de áreas de gasto (enseñanza, salud, etc.). El presupuesto del gobierno decidirá los fondos que destina a los esquemas de financiamiento de la salud. Por tanto FS.1 “Transferencias de los ingresos interno del gobierno” se refiere a los fondos públicos asignados a la salud y FS.2 a las transferencias del gobierno de fuentes externas.

Las fuentes primarias de los ingresos son los hogares, las empresas y el resto del mundo⁸. Sin embargo, dado que tiene que decidir dónde asignar los fondos – es importante que el gobierno aparezca como la unidad institucional que asigna los fondos a los esquemas de financiamiento de la salud.

A fin de ofrecer una imagen transparente de la función del gobierno,, las subcategorías de FS.1 distinguen entre transferencias internas (por ejemplo, asignaciones del presupuesto general al Ministerio de Salud, o a los gobiernos locales); pago de cotizaciones del gobierno por grupos de población específicos (por ejemplo por niños, ancianos, personas pobres sin trabajo, etc.); subsidios (por ejemplo, a empleadores que contraten un seguro para sus trabajadores); y otras transferencias de los ingresos públicos del país (como para ISFLSH). La información de las cotizaciones al seguro pagadas por el gobierno en nombre de determinados grupos de población no activos, es una información cada vez más importante para realizar los análisis de políticas en los países donde el régimen de la seguridad social desempeña un papel importante en el financiamiento de los servicios de salud.

El gráfico 8.1 muestra la asignación de fondos del país y extranjeros a las esquemas de financiamiento y las subcategorías de FS.1.

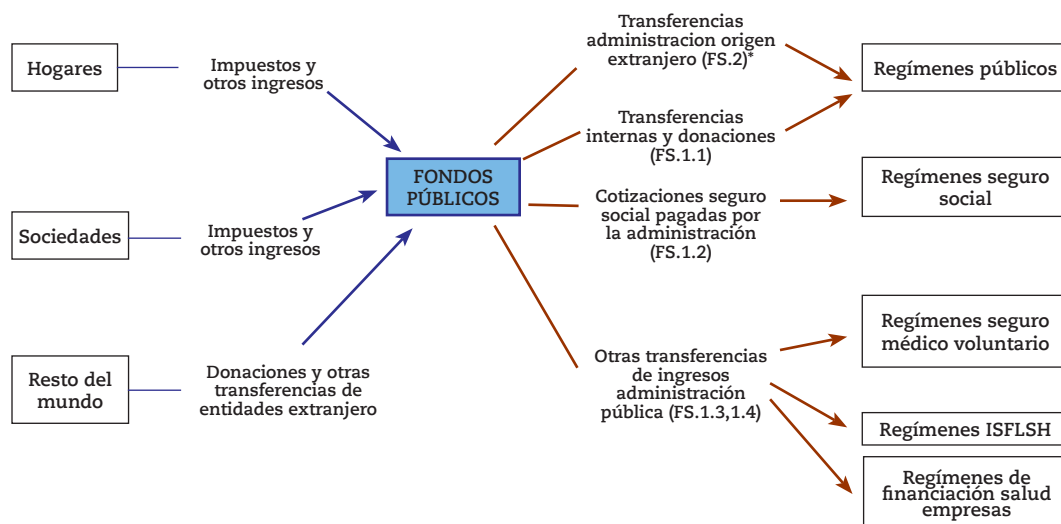
En algunos países, los impuestos que van destinados a la salud pueden desempeñar un papel considerable. En este caso es posible diferenciar los impuestos generales, los impuestos reservados y otros ingresos públicos como subcategorías de FS.1, y crear además las subcategorías siguientes: transferencias internas y subvenciones; transferencias de el gobierno en nombre de grupos específicos; subvenciones y otras transferencias.

FSR.1 Tratamiento de los préstamos

Por definición un préstamo es un cambio en los activos y pasivos financieros (es decir, los préstamos no se incluyen en los ingresos). Los préstamos se piden para pagar los gastos del presupuesto del Estado que no se cubren con los ingresos internos. Hay también préstamos específicos al sector de la salud, normalmente

⁷ Está fuera del alcance de este Manual estudiar los diferentes tipos de ingresos del gobierno general (por ejemplo, la parte de impuestos sobre la renta de las personas físicas, IVA, etc.). Sin embargo, puede que sea importante ofrecer unas directrices por separado, sobre todo para los países con ingresos más bajos.

⁸ El gobierno también puede ser propietaria de determinados fondos, por ejemplo, por la venta de propiedades.

Gráfico 8.1 **Transferencias de los fondos públicos a los esquemas de financiamiento**

para hacer las inversiones. La propuesta es presentar los importes de los préstamos “utilizados” en un período contable determinado como partidas debajo de la línea. (Este importe puede ser diferente de los préstamos “pedidos” durante el mismo período). Para determinados países de menores ingresos puede ser importante conocer el papel de los préstamos extranjeros en el financiamiento de un sistema de salud, por lo que propone aplicar el “Estado de Operaciones del Gobierno” presentado en el Manual de Estadísticas Finanzas Públicas para el sector de la salud; es decir, elaborar un Estado de Operaciones del Gobierno relativas a la Salud. (Se elaborarán unas directrices separadas para su aplicación).

Este manual no aborda asuntos generales de las finanzas públicas, como por ejemplo la cancelación o condonación deudas. Esos asuntos se analizan en el manual EPP. Sin embargo los países que participan en procesos de cancelación de la deuda, bien en papel de deudor o de acreedor, pueden necesitar conocer la procedencia de dichos recursos. Al final de este capítulo se trata más en profundidad este asunto.

Como ya se ha comentado en el capítulo 7, las cuentas sectoriales son una herramienta para contabilizar los déficits y superávits de las esquemas de financiamiento de la salud (y de los agentes de financiamiento), así como cualquier préstamo u otros instrumentos financieros para cuadrar el déficit. Las cuentas sectoriales muestran cómo se cubren los déficits o préstamos netos solicitados con los préstamos netos de otros sectores de la economía o del resto del mundo. Los déficits y los superávits con las unidades institucionales del mismo sector se consolidan.⁹

Los hogares también pueden pedir préstamos para pagar sus servicios de atención de la salud. Sin embargo, no se incluyen en la partida debajo de la línea, porque parece que su cálculo no es viable.

⁹ Consolidación es un método de presentar las estadísticas de un conjunto de unidades, como si constituyeran una sola unidad.

Valoración de la ayuda en especie y apoyo técnico

Según el EFP, las ayudas en especie se deben calcular a precios corrientes de mercado. Si no se conocen los precios de mercado, el valor será el de los costos incurridos al producir los recursos o las cantidades que se hubieran recibido si se hubieran vendido dichos recursos. En algunos casos, el donante y el receptor pueden valorar de manera muy distinta. El SHA 2011 no utiliza el mismo modelo que el EFP y contabiliza como gasto en salud el valor que indican los receptores de los recursos. En tales casos, la valoración del punto de vista del que otorga los recursos se incluye, sin embargo, en la partida debajo de la línea (FSR.2), para que sea transparente la valoración tanto del donante como del receptor.

Tablas del SHA sobre recaudación de fondos

Ingresos de los esquemas de financiamiento por tipos de ingresos (tabla HFxFS)

La Tabla de “Ingresos de esquemas de financiamiento de la salud por tipos de ingresos” (HFxFS) muestra la estructura de los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud: los tipos de transacciones a través de las cuales se canalizan los recursos de las unidades institucionales de la economía a los esquemas de financiamiento (véase tabla 15.4 en capítulo 15).

Ingresos de los esquemas de financiamiento por unidades institucionales y tipos de ingresos

La presentación adecuada de los ingresos de los esquemas de financiamiento por tipos de ingresos y unidades institucionales de la economía (los que aportan los fondos) requiere una contabilidad por partida doble. De esta forma también se puede saber la carga final de financiamiento de la salud que soportan las unidades institucionales (la última línea “Aportación neta” de la parte superior de la tabla 8.4).

La parte superior de la tabla 8.4 presenta las cuentas simplificadas en T de unidades institucionales de la economía. En estas cuentas aparecen los ingresos (I) y Gastos (G) de las unidades institucionales relativas al financiamiento de la salud.

La tabla contiene algo importante: los recursos proporcionados por el RdM (es decir los gastos del RdM) que se contabilizan como ingresos de “destino final”, incluso aunque el fondo se asigne en los presupuestos generales del Estado. Sin embargo, si fuera necesario se puede elaborar la tabla de forma que aparezcan todos los ingresos públicos (del país y del extranjeros juntos) y distinguir los fondos del RdM que van a través del presupuesto del estado así como de otros fondos del RdM.

Las cifras en la parte inferior de la tabla corresponden a los ingresos de los esquemas de financiamiento. Por ejemplo, en la parte inferior aparece que el régimen de seguro social de salud recauda 30 unidades del gobierno y la parte superior (-30) muestra que el gobierno ha pagado esa cifra como una cotización al seguro (en nombre de determinados grupos de la población).

Una unidad institucional puede aportar recursos:

- Directamente a un esquema de financiamiento a la salud, por ejemplo, cotización de las empresas al seguro social de salud (100 en tabla 8.4); y
- Contribuyendo de manera indirecta a los fondos de un esquema de financiamiento

Tabla 8.4 **Ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud por unidades institucionales y tipos de ingresos**

Sector institucional de la economía		Ingresos específicos para salud y gastos de los sectores institucionales de la economía													
		Gobierno General		Empresas		Hogares		ISFLSH		Resto del mundo				Total	
		I	G	I	G	I	G	I	G	I	G			I	G
FS.1.1	Transferencias y donaciones internas	200	-150				-200					200	-350	150	Fondos públicos y privados obligatorios
FS.1.2	Pagos del gobierno en nombre de grupos específicos		-30										-30	30	
FS.1.4	Otras transferencias de los ingresos públicos del país		-20					10				10	-20	10	
FS.3	Cotizaciones seguro social		<		-100		-100					0	-200	200	
FS.4	Pre-pago obligatorios (excluidos los de FS.2)											0	0		Fondos privados
FS.5	Pre-pago voluntarios						-10					0	-10	10	
FS.6	Otros ingresos del país n.e.p.				-5		-50		-10			0	-65	65	
FS.7	Ingresos directos del extranjero									-50		0	-50	50	
Total		200	-200	0	-105	0	-360	10	-10	0	-50	210	-725		
Aportación neta			0		-105		-360		0		-50		-515		
Ingresos de los esquemas de financiamiento															
Esquemas de financiamiento	HF.1.1	Esquemas gubernamentales	150							20		170			
	HF.1.2	Seguro social de salud	30		100		100					230			
	HF.1.3	Cuentas de ahorros médicos obligatorias (CAMO)										0			
	HF.2.1	Seguros médicos voluntarios					10					10			
	HF.2.2	Esquemas de financiamiento de las instituciones sin fines de lucro	10						10		30	50			
	HF.2.3	Esquemas de financiamiento de empresas			5							5			
	HF.3	Gasto directo de los hogares					50					50			
	Total			190		105		160		10		50		515	

Fuente: IHAT para SHA 2011

En este caso, la unidad institucional proporciona los recursos a otra unidad institucional, de la cual el esquema de financiamiento recauda sus fondos. (Como ya se ha mencionado, en la tabla solo aparecen los ingresos internos del país.) Por ejemplo el gobierno aporta transferencias de 20 unidades a las ISFLSH, de las cuales 10 unidades van directamente a esquemas de financiamiento de las ISFLSH, mientras que las otras 10 va a ISFLSH que no compran servicios de salud, sino que solo recogen recursos y los transfieren a otras ISFLSH que si los compran.

El total en la parte inferior de la tabla representa la última fase de la recaudación de fondos: de qué unidades institucionales recaudan sus fondos directamente los esquemas de financiamiento. Por ejemplo, el gobierno general aporta en total 190 unidades a diferentes esquemas de financiamiento.

El total en la parte superior de la tabla presenta las fuentes principales de financiamiento de la salud. Como se puede observar, el gobierno solo redistribuyó los ingresos generales internos a diferentes esquemas de financiamiento de la salud y a otras unidades institucionales que proporcionan fondos a los esquemas

de financiamiento de la salud. Por tanto, esta tabla es útil para ver los distintos niveles de los ingresos internos de un país.

Además, en función de los tipos de ingresos, se pueden diferenciar los fondos públicos internos y los fondos privados obligatorios y los fondos privados y del extranjero utilizados para financiar la salud (las dos últimas columnas).

Herramientas adicionales

Subcategorías de ingresos públicos del país

Como ya se ha mencionado, los países con una administración pública descentralizada (y recaudación descentralizada de las rentas públicas) pueden desear conocer los fondos que destinan los gobiernos central y locales a los esquemas de financiamiento de la salud. Estos países pueden crear subcategorías en FS.1.1 a FS.1.4 (véase tabla 8.5).

Herramienta para analizar las fuentes de los pagos directos de los hogares

Los países que tienen elevadas proporciones de pagos directos, como ocurre en África y Asia, pueden querer identificar con detalle las fuentes de dichos pagos.

El pago que realiza una persona no siempre se contabiliza como pago directo, porque lo puede reembolsar el seguro voluntario, o puede estar cubierto por el gobierno (transferencias en efectivo condicionales) o por una ONG. En tales casos el pago por el servicio de salud técnicamente lo hace el hogar, pero no sale del “bolsillo” de los hogares, es decir, no es parte ni de los ahorros ni de la renta principal de los hogares. Por tanto, el primer paso es deducir esas partidas que se contabilizan como otros pagos diferentes del PD: tales como los esquemas gubernamentales (transferencias en efectivo condicionales), seguros voluntarios, esquemas de financiamiento de las ISFLSH, o esquemas de financiamiento del RdM.

El origen de los PD solo puede ser los ingresos de los hogares (incluidas las remesas recibidas desde el extranjero), los ahorros o los préstamos que ha pedido el hogar.

Tabla 8.5. **Subcategorías de transferencias de los ingresos públicos internos**

Código	Descripción
FS.1	Transferencias de los ingresos públicos internos (asignados a la salud)
FS.1.1	Transferencias y donaciones internas
	Transferencias internas dentro del gobierno central
	Transferencias internas dentro del gobierno regional / local
	Donaciones del gobierno central
	Donaciones del gobierno regional / local
FS.1.2	Pagos del gobierno en nombre de grupos específicos
	Pagos del gobierno central
	Pagos del gobierno regional / local
FS.1.3	Subvenciones del gobierno
	Subvenciones del gobierno central
	Subvenciones del gobierno regional / local
FS.1.4	Otras transferencias de los ingresos públicos del país
	Otras transferencias del gobierno central
	Otras transferencias del gobierno regional / local

Fuente: IHAT para SHA 2011

La partida “Transferencias condicionales en efectivo” se considera un esquema gubernamental específico de financiamiento de la salud (HF.1.1) y no una fuente de los PD. (Véase capítulo 7 para más información).

La tabla 8.6 es una posible herramienta para poder distinguir los pagos directos de los hogares como esquema de financiamiento, del pago total de los hogares en servicios de salud. Nota: cada país tendrá que sopesar la utilidad de esta información, si es necesaria, evaluar si esta disponible y el costo de la misma.

Tabla 8.6 **Pagos de los hogares por atención en el SHA 2011**

Posibles orígenes de pagos para atención de la salud de los hogares		Cuenta en SHA 2011
Ingresos primarios de los hogares (del empleo o activos)	FS.6.1. Otros ingresos de los hogares	HF.3 Pagos directos de los hogares
Remesas del extranjero	FS.6.1	HF.3
Ahorros	FS.6.1	HF.3
Cuentas de ahorro médico	FS.6.1	HF.3
Microahorros (para salud)	FS.6.1	HF.3
Ahorros no específicos de salud	FS.6.1	HF.3
Venta de productos/trueque de productos	FS.6.1	HF.3
Préstamos	FS.6.1	HF.3
Préstamos bancarios	FS.6.1	HF.3
Microcréditos	FS.6.1	HF.3
Préstamos de sociedades tradicionales (cooperativas) que no sean microcréditos	FS.6.1	HF.3
Préstamos de amigos / familias	FS.6.1	HF.3
Transferencias		
Transferencias en efectivo condicionales del gobierno	FS.1.1.	HF.1.1. Esquemas públicos
Transferencias de las ONG nacionales	FS.1.4.Otras transferencias del gobierno, FS.6.Otras transferencias internas	HF.2.2 Esquemas de financiamiento de las ISFLSH
Transferencias externas de origen filantrópico	FS.7.1. Transferencias financieras extranjeras	HF.4.2.2. Otros esquemas voluntarios de financiamiento RdM

Fuente: IHAT para SHA 2011

Análisis adicionales de los recursos externos distribuidos por el gobierno

El gasto en las cuentas de salud no incluye las transacciones de instrumentos financieros. Para ciertos tipos análisis, por ejemplo, la ayuda al desarrollo, los préstamos concedidos o recibidos en condiciones preferentes deben ser contabilizados¹⁰. Algunos países desean también analizar el uso de clases específicas de fondos reservados o no reservados para salud. Las principales categorías que hay que tener en cuenta son la utilización de las ayudas presupuestarias, la cancelación o condonación de la deuda¹¹ y los préstamos utilizados en los programas públicos de salud. Los países interesados en esta información deben crear una tabla

¹⁰ Las transacciones financieras no forman parte del gasto en el SCN, sin embargo la necesidad de análisis específicos se reconoce en el SCN 2008 29.72

¹¹ Se sugiere verificar que la parte de la deuda registrada está relacionada con los esquemas de financiamiento. Véase definición y detalles en el SCN 2008 22.107 y párrafos relacionados: la cancelación de la deuda es la cancelación voluntaria de la obligación de pagar la totalidad o parte de la deuda establecida en un contrato entre el acreedor y el deudor, por acuerdo entre las partes y con la intención de dar un beneficio. La deuda condonada puede incluir la totalidad o parte del principal pendiente, incluidos los intereses atrasados o costos de intereses que se hubieran acumulado.

adicional para ver cómo se canalizan los recursos externos, a través de los fondos gubernamentales, hacia los esquemas de financiamiento a la salud. Es necesario desarrollar directrices específicas para analizar los recursos externos distribuidos por el gobierno, las cuales se presentaran por separado.

PARTE II

Capítulo 9

**Clasificación de los Factores
de Provisión de Salud (ICHA-FP)**

Introducción

El conocimiento del gasto de los proveedores de salud en los insumos necesarios para producir bienes y servicios (factores de provisión)¹ se puede utilizar para muchos objetivos políticos. A dicha información se le da seguimiento típicamente en los agregados nacionales y es necesaria para aplicar una estrategia adecuada de producción de servicios de salud. Existen necesidades políticas específicas que necesitan información sobre el gasto en recursos humanos, el gasto en productos farmacéuticos y otros insumos importantes. Además, la clasificación financiera de los programas y servicios de salud dependen de la información sobre la cuantía y la combinación de los factores del gasto.

Es muy importante poder agrupar las variables, para así tener una imagen integral de factores de provisión utilizados por los proveedores de servicios de salud, ya que son insumos muy valiosos en la prestación de servicios de salud a la población residente. Por ello, se tienen que calcular los factores de provisión de todos los proveedores nacionales del sistema. La distribución del gasto por factores de provisión tendría que ser igual al gasto corriente en salud. Por razones operativas, los servicios importados no se desagregan por factor, pero en lo posible se deben excluir los insumos utilizados en los servicios exportados.

En el SCS 1.0 no se incluyó una partida explícita para los factores de provisión. Sin embargo, para realizar los cálculos internos, se recomendó elaborar cuentas separadas para la producción de mercado y de no mercado (SCS 1.0: 5.21). Dichos cálculos son esenciales para conocer los datos sobre los costos. La Guía del Productor (PG) proponía una clasificación de recursos en función de los costos en el Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas.² La clasificación de los factores de provisión (FP) que aquí se presenta es una versión revisada de la clasificación del costo de los recursos del MP. También se incluyen notas explicativas de determinados factores y unidades de provisión.

En cuando al origen de los datos, la mayor parte de los informes del gobierno incluyen valores auditados con un modelo de “partida de balance” que con frecuencia se ve en el sector público del sistema de salud. La clasificación de los factores también forma parte de otros sistemas públicos de notificación, además de ser una herramienta para poder analizar las estadísticas de las finanzas públicas a escala

¹ Los factores de provisión son todos los insumos utilizados en el proceso de producción de los bienes y servicios de salud. En la terminología de las cuentas nacionales, los factores de provisión una parte se considera componentes de valor agregado (por ejemplo, retribuciones a los trabajadores), otra parte se considera consumo intermedio (por ejemplo, materiales y servicios utilizados).

² Por ejemplo, tabla PG tabla 4.8 en p 47 y FMI (2001) tabla 6.1 p. 63

internacional³. Para los proveedores privados, las empresas también tienen ciertas obligaciones de notificar costos a efectos contables internos. Una clasificación de los factores de provisión también es importante para las autoridades fiscales (por ejemplo, en caso del IVA o impuesto sobre la renta). Por ello, la aplicación de la clasificación de FP podría ser un paso importante en los países que deseen disponer de unas cuentas de salud más exhaustivas.

Concepto principal

Alcance de la clasificación de factores

En el SCS los factores de provisión se definen como el valor de los insumos⁴ utilizados en el proceso de prestación de servicios de salud⁵. El límite de lo que es servicios de salud (definido en el capítulo 4) determina lo que se incluye como prestación de los mismos y por tanto los factores de provisión por proveedor. La provisión supone un conjunto de factores de producción: mano de obra, capital, materiales y servicios externos para prestar los bienes y servicios de salud. Se refiere no solo a los recursos específicos de salud, sino también a insumos específicos no de salud necesarios para generarlos, todos ellos importantes en términos de eficiencia. Algunos ejemplos son:

- La mano de obra, el servicio de seguridad, mantenimiento y otros servicios;
- Capital consumido, incluidos edificios y equipos médicos y de oficina;
- Material médico como suturas, jeringuillas, así como otros insumos médicos como electricidad, agua y productos de limpieza;
- Servicios adquiridos externamente, que pueden incluir los servicios de laboratorio, los jurídicos y cualquier servicio contratado externamente como el servicio de comidas para los pacientes, limpieza, seguridad o mantenimiento de jardines, administración, etc.

Para realizar su actividad, los proveedores tienen que cubrir otros gastos, como el pago de impuestos (por ejemplo, el IVA). Por tanto, la clasificación de los factores de provisión recoge el valor total de los recursos, en especie o en efectivo, utilizados para la provisión de bienes y servicios de salud. Esta suma es igual al valor a pagar a los proveedores de servicios de salud por los esquemas de financiamiento por los bienes y servicios de salud consumidos durante el período contable. El gasto en factores de provisión está conectado al gasto corriente en la provisión de bienes y servicios. El gasto de capital que se utiliza para prestar servicios en el futuro, tiene que separarse del uso de recursos para la prestación de servicios durante el período en curso, como se hace en otras clasificaciones ICHA.

Los factores de provisión se pueden cruzar con otras clasificaciones, para ilustrar la proporción del gasto corriente asignado a mano de obra, productos farmacéuticos, uso de equipos y edificios, etc. Cruzando las clasificaciones se pueden presentar los proveedores por factores de provisión (HPxFP), donde lo fundamental son las diferencias en los patrones de producción (proveedores).

³ La tabla 6.3 del MEFP cruza las clasificaciones económica y funcional de los gastos. La tabla incluye una columna para adquisiciones de los activos no financieros además de columnas para cada tipo de gasto. La tabla es pertinente para notificar los gastos de los regímenes de financiación (véase Capítulo 7).

⁴ En la categoría FP se incluyen los impuestos. Aunque técnicamente los impuestos no son un insumo, representan un factor de gasto importante.

⁵ En la categoría FP se incluyen los impuestos. Aunque técnicamente los impuestos no son un insumo, representan un factor de gasto importante.

Si los ejes financieros se cruzan con los factores de provisión (FS/HFxFP), los datos sirven para poder evaluar mejor cómo influyen las estrategias de asignación de recursos y financiación sobre determinados “insumos” (véase PG 5.20). Los factores de provisión se pueden adquirir con distintas fuentes de ingresos, pudiendo identificar las distintas estrategias de financiación.

La tabla de factores de provisión por función (HCxFP) permite medir el factor de producción según el objetivo del consumo. El perfil de insumos se utiliza para controlar y planificar los procesos en escala por tipo de servicio.

Notas relativas a la clasificación y tipos de categorías seleccionadas

El límite de los factores de provisión

Los proveedores de servicios de salud no solo prestan éstos sino que ofrecen otros productos que están fuera de los límites de la salud. En las clasificaciones ICHA, el objetivo es identificar y limitar los componentes básicos de todas las mismas solo a lo que se considera servicios de salud. Lo cual también se aplica en la clasificación de los factores de provisión, para poder asignar los distintos tipos de recursos a las actividades. Los insumos utilizados para realizar las actividades que están fuera de los límites para fines de la cuenta de salud, como por ejemplo la cirugía cosmética o servicios sociales, o cualquier servicio de salud exportado, en la medida de lo posible, se debe separar y notificar de forma independiente debajo de la línea, si esta información es necesaria para los análisis de políticas. Estos insumos podrían mostrarse como factores de provisión relacionados.

Pueden existir diferencias claras en la estructura de los factores de provisión en la producción de mercado y de no mercado (por ejemplo, la remuneración de los recursos humanos puede ser diferente entre los proveedores de servicios de salud públicos y privados). Esta información también se puede incluir si existe un interés para analizarla con detalle.

Tabla 9.1 **Clasificación de los factores de provisión de prestación de servicios de salud**

Código	Descripción
FP.1	Remuneración de los asalariados
FP.1.1	Sueldos y salarios
FP.1.2	Cotizaciones sociales
FP.1.3	Todos los demás costos relativos a los asalariados
FP.2.	Remuneración de los profesionales autónomos
FP.3	Materiales y servicios utilizados
FP.3.1	Servicios de salud
FP.3.2	Bienes de salud
FP.3.2.1	Medicamentos e insumos farmacéuticos
FP.3.2.2	Otros bienes de salud
FP.3.3	Servicios no de salud
FP.3.4	Bienes no de salud
FP.4	Consumo de capital fijo
FP.5	Otras partidas de gastos relativas a los insumos
FP.5.1	Impuestos
FP.5.2	Otras partidas del gasto

Fuente: IHAT para SHA 2011

Hogares como proveedores

Un punto de partida importante es que el gasto total en los factores de provisión es igual a lo que se ha gastado en consumo de bienes y servicios de salud de cada categoría de proveedores. Además, para que se incluya dentro de los límites para fines de las cuentas, tiene que haber existido una transacción. En principio, solo se incluyen los pagos por la prestación de un servicio de salud. Los hogares (HP 8.1) por lo general prestan un servicio para consumo propio. En las cuentas de la salud, solo se incluye este gasto si la transacción está documentada, por ejemplo cuando existe un pago compensatorio por servicios de ALD, o cuando se recibe una remuneración por una prestación en especie. Estas transacciones se deben contabilizar para que coincidan los totales con el eje de financiamiento. Las transacciones de insumos vinculados al consumo propio no tienen registros contables. Si por razones de políticas fuera importante contabilizar los insumos utilizados para los servicios de salud producidos, se recomienda notificarlos debajo de la línea. Para ello, hay que imputar la mayor parte de estos factores.

Proveedores de gobernanza y administración de la financiación de la salud

Los proveedores de servicios de administración del financiamiento a la salud (HP.7) también requieren un trato especial. La categoría de administradores de esquemas de financiamiento de la salud, sobre todo el seguro de salud, es una categoría compuesta por proveedores cuya actividad secundaria sea la de servicios de salud. Puede ser el caso tanto del gobierno como de organizaciones privadas que realicen actividades de gestión del seguro de salud. Estos proveedores se encargan no solo de planificar, gestionar, regular, recaudar fondos y resolver reclamaciones del sistema privado de salud sino también de otros paquetes de seguros no relacionados con la salud. La parte correspondiente a salud de la producción total de las instituciones, tales como las compañías de seguros, puede ser muy pequeña, así como también el uso de los insumos correspondientes a la prestación de dichos servicios. Por ejemplo, los costos totales de la seguridad social pueden cubrir no solo la gestión de los fondos del seguro médico. En algunos países puede ser un componente de poca importancia, pero en otros puede ser muy importante. Lo mismo ocurre con las compañías de seguros privados, que gestionan muchos más seguros que los de salud.

La gobernanza de los servicios de salud es claramente la actividad primaria de los ministerios de salud y de los organismos que desempeñan un papel importante en el sistema de salud. Las unidades de gobernanza y administración se encargan de formular las políticas, coordinar y supervisar planes, programas y presupuestos, administrar, gestionar y apoyar los fondos de la seguridad social que cubren los servicios de salud. Se encargan también de establecer y aplicar las normas para el personal médico y paramédico, así como para hospitales, clínicas, etc. Sus servicios incluyen la regulación y autorización de los proveedores de servicios de salud. La suma de los factores de provisión encargados de la gobernanza y administración debe ser igual al gasto total presentado en la categoría de la clasificación del proveedor en administración HP.7.

Notas explicativas a la clasificación ICHA-FP de factores de provisión de salud

FP.1 Remuneración de los asalariados

La remuneración de los asalariados es la remuneración total, tanto en efectivo como en especie, pagada por una empresa a un trabajador por el trabajo realizado por este último durante un período contable. Incluye los sueldos y salarios y todo tipo de prestaciones sociales, pagos por horas extras y las que haya trabajado por la noche, complementos y el valor de los pagos en especie como por ejemplo los uniformes del personal médico.

La remuneración de los asalariados mide la remuneración de todas las personas contratadas por los proveedores de servicios de salud, con independencia de si son o no son profesionales⁶.

Cualquier servicio contratado, como los servicios de limpieza y restaurante en los hospitales se consideran compras y los sueldos y salarios del personal que los realiza se deben notificar en esta partida.

Cuando los accionistas trabajan también para la empresa y reciben una remuneración que no sean dividendos, los accionistas se consideran asalariados. Los propietarios de cualquier tipo de empresa que trabajen en las mismas y reciban una remuneración que no sea el cobro de beneficios de la sociedad, se consideran también asalariados.

Los estudiantes que aportan su trabajo al proceso de producción de una empresa, como por ejemplo los aprendices, los estudiantes de enfermería, los internos en los hospitales, se consideran asalariados, sin tener en cuenta si reciben remuneración en efectivo por el trabajo que hacen, además de la formación que están recibiendo que se considera un pago en especie.

FP.1.1 Sueldos y salarios de los asalariados

Los sueldos y salarios de los asalariados incluyen la remuneración tanto en efectivo como en especie, bien por determinados períodos, por trabajo realizado, horas extra, turno de noche, fines de semana o durante otras horas fuera del horario normal, complementos por trabajar fuera de casa, en circunstancias peligrosas o desagradables, o complementos relacionados con la vivienda, trabajo o prestaciones por enfermedad, bonificaciones, comisiones, gratificaciones y la prestación en especie de bienes y servicios necesarios para realizar su trabajo, como comidas y

⁶ Para poder estar en la categoría de asalariado, bien como trabajador asalariado o autónomo, la persona debe realizar una actividad incluida en la producción de servicios de salud. Las personas en desempleo comprenden los parados y los que no estén incluidos en la población activa (SCN 2008 7.29). Los asalariados son trabajadores con una relación con un empleador: con un contrato verbal o escrito, oficial o no oficial, entre una empresa y una persona, normalmente de forma voluntaria entre ambas partes, mediante el cual la persona trabaja para la empresa por una remuneración en efectivo o en especie. La remuneración se calcula directa o indirectamente en función del volumen de trabajo realizado, bien en forma de tiempo dedicado, o el trabajo aportado para un determinado proceso de producción, o cualquier indicador del trabajo realizado con un importe fijo previamente acordado. Los trabajadores autónomos son personas que trabajan para ellos mismos, cuando las empresas que poseen no se distinguen como entidades legales independientes ni como unidades institucionales independientes en el SCN. Pueden ser propietarios únicos, propietarios conjuntos o sociedades limitadas en las que trabajan; un miembro de una cooperativa de productores o un trabajador de una familia que cotiza (es decir, el miembro de una familia que trabaja en una sociedad limitada sin salario). El trabajador autónomo recibe la remuneración por lo que haya producido, con independencia de lo que haya aportado en el proceso de producción.

bebidas, uniformes⁷ y transporte. La seguridad social que paga el empleador está excluida. Las cotizaciones pagadas en nombre de los asalariados son los pagos imputados, o que se realizan a los regímenes de la seguridad social para tener derecho a prestaciones sociales.

FP.1.2 Cotizaciones sociales (Véase SCN 7.56 para más información)

Las cotizaciones sociales son pagos, vigentes o imputados, a los regímenes del seguro social para que los asalariados tengan derecho a las prestaciones sociales, incluidas las pensiones y otras prestaciones de jubilación. Se incluye el pago a la seguridad social en nombre de los empleados (así como las cotizaciones para las pensiones).

Las cotizaciones sociales de los empleadores en nombre de sus asalariados, se registran como un componente de la remuneración de los asalariados. Las cotizaciones sociales se registran como abonadas por los asalariados en transferencias corrientes a los regímenes de la seguridad social u otros regímenes de seguros sociales relacionados con el empleo.

FP.1.3 Todos los demás costos relativos a los asalariados

En muchos países se han creado políticas de retenciones para garantizar el servicio del personal de salud en condiciones difíciles, que pueden variar dependiendo de la situación social, la zona geográfica o por determinadas enfermedades, como las contagiosas, el VIH/SIDA, condiciones climatológicas extremas, salarios bajos, etc. En esta partida se pueden registrar los incentivos específicos tanto en efectivo como en especie.

También se registran los beneficios adicionales, las retribuciones en especie como el coche para los asalariados⁸, o las retribuciones para que el asalariado compre el coche con un descuento importante.

FP.2 Remuneración de los profesionales autónomos⁹

La categoría FP.2 se utiliza para los profesionales independientes auto-empleados, que realizan actividades de salud. Esta categoría recoge la remuneración de la práctica profesional independiente, los ingresos de los profesionales autónomos no asalariados, así como la generación de ingresos adicionales o complementarios por la práctica independiente del personal de salud asalariado, situación muy común

⁷ Los uniformes que da el empleador forma parte del consumo intermedio. Según el SCN 2008 “cuando los bienes y servicios los utilizan los asalariados durante su tiempo libre o a su discreción para satisfacer directamente sus necesidades o deseos, constituyen una remuneración en especie. Sin embargo, cuando los asalariados están obligados a utilizar los bienes y servicios para poder realizar su trabajo, constituyen consumo intermedio (SCN 2008, 6.220). Esto último es la situación en general de los trabajadores de la salud.

⁸ Aunque los complementos salariales en especie hay que incluirlos, a veces puede resultar difícil de calcular su valor. El valor de un coche o del uso de un coche es fácil de calcular, pero otras cosas como el uso del móvil puede ser más complicado. También puede ser que haya que calcular las prestaciones cuando un presupuesto público se cubren en una partida como vivienda, en caso de que los asalariados estén viviendo en una vivienda sin pagar nada, como por ejemplo el personal de salud que vive en zonas rurales.

⁹ El costo del profesional autónomo se registra en una partida en la que no solo se incluye el costo de un profesional independiente. Es muy difícil separar la parte correspondiente al salario de lo que es beneficio. El beneficio normalmente se incluye en la partida “costo”.

en los sistemas de salud de todo el mundo. A pesar de la frecuencia, importancia y función que desempeñan los profesionales independientes capacitados, en la mayor parte de los manuales no se han propuesto ni alcanzado normas para medir esta actividad. Tan solo se ha intentado con encuestas y registros de proveedores, sobre todo en el SCN. De hecho, todas las consultas de los profesionales de la salud¹⁰ o las cuasi-sociedades reciben este tipo de ingresos.

El ingreso de los profesionales autónomos se refiere a los pagos por consumo final que realizan los pacientes o los beneficiarios de atenciones de salud a los profesionales independientes. Los ingresos de una práctica médica independiente normalmente se refieren a organizaciones de propietarios únicos o en conjunción con otros profesionales. Incluye la remuneración por trabajo realizado del profesional de salud (y otros miembros del hogar si corresponde) y el beneficio que obtiene el propietario o empresario. Los ingresos de los hogares, como proveedores de atención de larga duración remunerada, se registran como ingresos mixtos en FP.2 después de deducir el costo de la atención domiciliar prestada.

Los ingresos de los profesionales de la salud autónomos no asalariados comprende la remuneración por su trabajo menos los costos por realizar el mismo. Estos costos incluyen los pagos de los alquileres, intereses, consumo de capital y otros insumos utilizados para ejercer su actividad. Muchas veces los ingresos restantes no se pueden identificar de forma independiente de los beneficios como propietario o empresario. En muchos casos, sin embargo, el componente de remuneración puede ser el dominante en los ingresos totales.¹¹ En las cuentas nacionales se calcula como un residual o “saldo contable”¹². Los beneficios/pérdidas se calculan después de deducir el costo de capital pero antes de impuestos.

En el caso en que los hogares se traten como una cuasi empresa y se elabore un conjunto de cuentas completo, el componente ingresos del propietario se puede separar de los beneficios obtenidos como empresario y se clasifica como remuneración de los empleados. El saldo restante (total ingresos menos total costos) se trata en este caso como un superávit bruto de explotación, como se hace con las empresas.

¹⁰ Los hogares en las cuentas nacionales se pueden tratar como empresas, que también participan en la producción. Las empresas de mercado “no constituidas” de hogares se crean con el objeto de producir bienes y servicios para vender o intercambiar en el mercado como una pequeña empresa. Pueden realizar casi cualquier tipo de actividad productiva, incluidos los servicios de salud. Pueden incluir desde personas individuales que trabajan en salud sin casi capital o instalaciones propias, hasta por ejemplo grandes consultas de especialistas con asalariados (del SCN 2008, 4.155). Sin embargo, en este manual los profesionales médicos y otros proveedores de servicios de salud, tanto oficiales como no oficiales, se reconocen como tales. Véase clasificación HP. Una empresa no constituida se puede tratar como una cuasi-sociedad cuando se refiere a una pequeña empresa pero que tiene un conjunto completo de cuentas.

¹¹ El superávit operativo y renta mixta son dos nombres alternativos para el mismo saldo contable de diferentes tipos de empresas en el SCN. La renta mixta es el término que se reserva en el saldo contable para generar la cuenta de ingresos de las denominadas empresas no constituidas en sociedad propiedad de los miembros de los hogares. Por ejemplo, los hogares como proveedores de atenciones de larga duración remuneradas son organizaciones no constituidas en sociedad de capital y el saldo contable después de deducir el costo de la atención domiciliar se registraría en renta mixta FP.2 en la cuenta de factores de provisión.

¹² En SCN, la terminología se refiere al superávit operativo neto que mide el superávit o déficit acumulado de la producción después de contabilizar cualquier interés, renta o carga similar a pagar en activos financieros o tangibles no producidos pedidos en préstamo o alquilados por la empresa, o cualquier interés, renta o ingresos similares a cobrar de activos financieros o tangibles no producidos propiedad de la empresa.

La adquisición de suministros (FP.3) y consumo de capital (FP.4) no se deben incluir, ni el costo de capital (financiero o no financiero). El costo del capital financiero se registra en la partida FP.5.2: otras partidas de gasto en insumos.

FP.3 Materiales y servicios utilizados

Esta categoría comprende el valor total de los bienes y servicios utilizados para prestar los bienes y servicios de salud (no producidos internamente) comprados a otros proveedores y otras ramas de actividad de la economía¹³. Todos los materiales y servicios se tienen que consumir por completo durante el período de producción.

Los materiales son todos los insumos de salud y de no de salud necesarios para las múltiples actividades de producción que se tienen que realizar en el sistema. Estas actividades van desde las muy específicas, como las farmacéuticas y las pruebas clínicas de laboratorio, a las más generales como papel y bolígrafos. Se incluye el material deteriorado, perdido, dañado por accidente o que se haya robado. En caso de que el material se utilice durante más de un período de producción se clasifica como capital (equipos y similares) y queda excluido de esta clasificación. Normalmente estos materiales son más baratos que bienes de capital como la maquinaria y los equipos.

Los servicios utilizados incluyen la compra de servicios producidos por otro agente. Se pueden definir como servicios externos comprados por el proveedor para su proceso de producción propio. Los servicios consumidos normalmente se refieren a los servicios generales tales como seguridad, pagos de alquiler de edificios y equipos, así como los servicios de mantenimiento, limpieza, prestados por ramas de actividad no de la salud. Pueden incluir servicios de salud como laboratorio, imagenología y transporte de pacientes.

Desde una perspectiva de políticas, uno de los materiales más importantes son los farmacéuticos. Por ello, se ha creado una subcategoría específica para los mismos.

FP.3.1 Servicios de salud

Los servicios de salud son tan complejos, que puede que haya que subcontratar servicios como los de diagnóstico y control, imagenología y laboratorio o servicios de personal especializado, como los de rehabilitación, asistencia de larga duración (salud), diálisis renal y parte de la terapia para el cáncer.

Los servicios de salud contratados por un proveedor para complementar el conjunto de servicios ofrecidos, se pueden brindar dentro de la misma unidad o en otra diferente. El servicio contratado puede suponer el traslado del paciente a otra unidad para que reciba el servicio. Un ejemplo es cuando se traslada a un paciente a otro hospital o unidad para recibir el tratamiento de un especialista o realizarle una prueba de imagenología. Otro ejemplo es cuando los proveedores de los servicios están en lugares diferentes, como por ejemplo cuando se tienen que interpretar las pruebas o imágenes realizadas por otras unidades que han sido enviadas por

¹³ Esta categoría se puede comparar con el “consumo intermedio”. Al igual que en el SCN, el consumo intermedio comprende el valor de los bienes y servicios consumidos como insumos en el proceso de producción, excluidos los activos fijos, ya que los costos asociados a los mismos se registran en consumo de capital fijo (un costo imputado). Los bienes y servicios se pueden transformar o utilizar en el proceso de producción.

medios electrónicos. Estas operaciones pueden incluir el traslado de pruebas de laboratorio que se han tomado e interpretado en otra unidad. También cuando el proveedor del servicio se tenga que desplazar al lugar donde está el paciente (para más información sobre el consumo intermedio, véase cuadro 9.1).

FP.3.2.1 Gasto en productos farmacéuticos y FP.3.2.2 otros bienes de salud

Un producto farmacéutico se define como cualquier compuesto químico utilizado para el diagnóstico, tratamiento, prevención de una enfermedad o una condición anormal. Incluye reactivos y otros productos químicos utilizados en las pruebas de laboratorio¹⁴.

Un tema de mucho interés para los encargados de formular las políticas es la participación de los productos farmacéuticos y otros bienes médicos dentro del total del gasto en salud. Los medicamentos y bienes médicos, junto con los recursos humanos representan como mínimo las dos terceras partes del gasto corriente en la mayoría de los sistemas de salud. En ningún país se ha establecido una medida normalizada. Esta partida de gasto¹⁵ se incluye en la clasificación funcional, donde se ven los bienes médicos consumidos de forma independiente (HC.5.1 en SCS 1.0 y SCS 2011) y los que se refieren al consumo de pacientes internados, que no se detalla de forma separada pero está contenida en la provisión del servicio (lo mismo se puede hacer con la atención de día y la atención ambulatoria). En la clasificación de factores de provisión se espera que esta partida recoja el uso total de medicamentos y otros bienes médicos, con independencia de su modo de suministro. Por tanto, los servicios prestados a los pacientes internados que utilicen medicamentos, prótesis, dispositivos y equipos médicos y otros productos relacionados con la salud, deben ser detallados aquí.

Las donaciones de materiales y suministros deben contabilizarse de manera que reflejen el valor de adquisición, por lo que las cantidades que se registren tienen que ser los precios del mercado y subvenciones netas menos los impuestos indirectos. Cuando no exista precio del comprador para el material y suministros, porque no existen en el mercado local, el precio hay que calcularlo como lo que ha pagado la entidad que ha dado el donativo. Un ejemplo es el de los medicamentos o suministros para tratar el cáncer o los medicamentos anti-retrovirales para el VIH/SIDA.

- Incluye: todos los medicamentos y bienes farmacéuticos como vacunas y suero, los demás productos de consumo como el algodón, gasas y utensilios que se utilicen de forma exclusiva o principalmente en el trabajo, por ejemplo la ropa y calzado que se lleva de forma exclusiva o principalmente en el trabajo (como los uniformes y ropa de protección).
- Excluye: todos los bienes adquiridos para aumentar existencias, como los medicamentos que se guardan para utilizarlos en el futuro. Se excluye también el equipo y herramientas utilizadas sobre todo como parte de capital.

¹⁴ El capítulo 5 hace una descripción detallada del contenido de la categoría productos farmacéuticos.

¹⁵ El gasto en bienes médicos de los servicios ambulatorios y el gasto en bienes médicos de la atención con internamiento se presentan como gasto total en bienes médicos en la clasificación funcional como partida de notificación debajo de la línea. En teoría, el valor de los bienes médicos utilizados en el proceso de producción de la provisión de la salud (FP) debe ser igual al valor de lo que han pagado los proveedores por esos productos.

FP.3.3 Servicios no de salud y FP.3.4 Bienes no de salud

Estas categorías comprenden bienes y servicios utilizados para producir servicios de salud, pero que no poseen una naturaleza especializada en la salud. Son servicios de naturaleza general, como los necesarios para que el proveedor pueda realizar su actividad, por ejemplo de gestión (software, bolígrafos y papel), cocinas (en hospitales para atender a los pacientes que se quedan a dormir por la noche si no se contratan de forma externa), transporte (gasolina y herramientas para los vehículos) y otros usos de tipo general como el agua y la electricidad.

Algunos países pueden necesitar una clasificación más detallada de estos materiales y servicios que no son de salud, para medir por ejemplo la productividad multifactorial (por ejemplo, medición multifactorial KLEMS: Capital, mano de obra e insumos (véase también cuadro 9.1) de energía, suministros y servicios). En estos casos, los códigos adicionales se deben registrar en FP.3.3, al nivel de tres dígitos como se presenta en la tabla 9.2.

Tabla 9.2 **Desglose adicional de los bienes no pertenecientes a servicios de salud**

Código	Descripción
FP.3.4	Bienes no de salud
FP.3.4.1	Energía
FP.3.4.2	Agua
FP.3.4.3	Todos los demás bienes no de salud

Fuente: IHAT para SCS 2011

En el SCN 2008 y en el Manual Eurostat de Oferta, uso y tablas de insumo-producto (EUROSTAT, 2008) tanto la electricidad, como componente de productos de energía y el agua, se consideran bienes. En este manual se respeta ese convenio.

También se requiere tomar en cuenta servicios tales como los de infraestructura, (por ejemplo para mantener los edificios y el equipo). Normalmente aquí se incluyen servicios como la formación de personal, investigación operativa, transporte, vivienda, comidas y bebidas y pago de los equipos y edificios alquilados. Se excluyen los servicios utilizados para remunerar a los asalariados.

El mantenimiento es uno de los servicios que interesa identificar. La distinción entre mantenimiento y reparación y formación bruta de capital fijo (véase capítulo 11) no está clara. El trabajo de reparación y mantenimiento normal de un activo fijo utilizado en producción constituye una partida de costo en materiales y servicios utilizados. Los servicios de reparación y mantenimiento, incluida la sustitución de las partes defectuosas, son actividades típicas de las actividades internas, pero se pueden adquirir de otras empresas. Si estos servicios de reparación y mantenimiento se prestan de forma interna o se contratan a otras empresas, se deben incluir como costo de los factores. Sin embargo, la valoración en ambos casos depende de la forma en que se realice el cargo:

- El mantenimiento que se realice de forma interna permitiría una factura separada de recursos humanos (en FP.1) y materiales utilizados (por ejemplo FP.3.4);
- El mantenimiento contratado de forma externa normalmente viene en una factura que incluye ambos factores.

El problema en la práctica es distinguir las labores normales de reparación y mantenimiento del trabajo de renovación, reconstrucción o ampliación, que es muy superior al que se requiere única y exclusivamente para mantener los activos fijos en buen estado. Los trabajos de renovación, reconstrucción o ampliación de los activos fijos de mayor envergadura pueden mejorar la efectividad o capacidad, o prolongar la duración esperada. Por tanto, se deben considerar formación bruta de capital fijo, ya que se agregan a los activos fijos existentes.

Los trabajos normales de reparación y mantenimiento se distinguen por dos características:

- Son actividades que los propietarios o usuarios de los activos fijos están obligados a realizar periódicamente para poder utilizar dichos activos durante la vida esperada de servicio. Son gastos corrientes que no se pueden evitar si los activos fijos se van a continuar utilizando. El propietario o usuario no puede dejar de hacer las labores de reparación y mantenimiento, ya que de no hacerlas la vida del servicio quedaría reducida considerablemente;
- Los trabajos de reparación y mantenimiento no cambian el activo fijo o su rendimiento, sino que simplemente mantienen en buen estado o lo restauran al estado previo en caso de rotura. Las piezas defectuosas se sustituyen por unas nuevas de la misma clase, pero sin cambiar la naturaleza básica del activo fijo.

FP.4 Consumo de capital fijo

El consumo de capital fijo es un costo de producción. En términos generales se puede definir como el costo, durante el período contable, de la disminución en el valor corriente del stock de activos fijos de los productos, como resultado de un deterioro físico, obsolescencia o daño normal, o a causa de un accidente. Excluye las pérdidas asociadas al daño causado por guerra o desastres naturales (véase SCN 2008: 6.244). En contabilidad, el consumo de capital fijo es un constructo económico que se debe distinguir de la depreciación, que es un constructo jurídico. En muchos casos ambos constructos dan resultados diferentes¹⁶. El consumo de capital fijo debería reflejar el uso de capital subyacente como factor de producción en el momento en que se realiza la producción. Para más información, véase capítulo 11: “Formación de capital en los sistemas de salud”.

Se incluye el uso estimado de edificios, equipos y otros bienes de capital como por ejemplo los vehículos. Se excluyen los alquileres pagados por el uso de equipos y edificios, como comisiones, royalties, etc., a pagar por contratos de licencia. Se incluyen como compra de servicios. En teoría hay que tener en cuenta los beneficios por el uso de capital propio¹⁷. Este cálculo requiere imputaciones complicadas, no justificadas debido al bajo valor relativo de las mismas.

¹⁶ El consumo de capital fijo es el valor económico del uso de bienes de capital en la producción utilizado en las cuentas nacionales. En contabilidad de empresas, el término depreciación se utiliza para reflejar los importes legalmente permitidos de los bienes de capital que se pueden incluir en la estructura de costos.

¹⁷ Pueden existir normas para que las agencias públicas reembolsen el costo de los servicios, en cuyo caso sería difícil excluir este componente. En dichos casos la remuneración del uso de capital se incluye en los factores de provisión.

FP.5 Otras partidas de gastos en insumos

Esta partida comprende todos los costos financieros como el pago de intereses de los préstamos, impuestos, etc.

FP.5.1 Impuestos¹⁸

Según la definición en el SCN, los impuestos son pagos de carácter obligatorio, sin contraprestación, bien en efectivo o en especie, realizados por los agentes económicos al gobierno de un país. Son pagos sin contraprestación porque el gobierno no da nada a cambio al agente económico que realiza el pago, aunque puede utilizar esos fondos recaudados por los impuestos para prestar bienes y servicios a otras unidades, bien de forma individual o colectiva a la comunidad en su conjunto. La partida FP.5.1: Impuestos en la cuenta costo de los factores comprende los impuestos a la producción y a los productos. Como el nombre implica, los impuestos a los productos se pagan por unidad de producto. El impuesto puede ser un importe fijo que depende de la cantidad del producto, o un porcentaje sobre el valor de venta del mismo, por ejemplo el IVA. Los impuestos a la producción son impuestos que no se aplican al producto, ni a los beneficios del productor. Por ejemplo, son los impuestos sobre el terreno o las instalaciones utilizadas en la producción, o la mano de obra contratada.

FP.5.2 Otras partidas de gasto

En otras partidas de gasto se incluyen todas las transacciones no clasificadas en otra parte. Las transacciones registradas en esta partida incluyen por ejemplo los gastos de la propiedad, multas y sanciones del gobierno; intereses y costos por el uso de préstamos, así como primas de seguros no de vida e indemnizaciones.

Los intereses de los préstamos de diferentes entidades no es algo que se deba pasar por alto. El interés se define como el pago por encima del importe principal que se ha pedido prestado, que tiene que pagar el deudor al acreedor a lo largo de un período de tiempo determinado sin reducir el importe pendiente. El interés puede ser una cantidad predeterminada de dinero o un porcentaje del principal pendiente. Cuando una unidad del gobierno paga intereses sobre las deudas en nombre de otra entidad, dado que el gobierno es el deudor principal, el interés que se paga sobre la deuda existente a otra unidad se registra como un subsidio (cuando la otra unidad es una empresa), o una transferencia (si es a otra unidad pública).

Cruce de la clasificación funcional y económica de gastos (MEFA)

La tabla 9.3 cruza la clasificación funcional y económica de gastos. La tabla incluye una columna para las adquisiciones de activos no financieros además de las columnas para cada tipo de gasto. La tabla es útil para notificar los gastos de los esquemas de financiamiento (véase capítulo 7).

¹⁸ Los impuestos no son un recurso, sino que se pagan de los ingresos. Los impuestos son parte de la estructura de costos del proveedor y por tanto es de interés para el gasto.

Cuatro 9.1 **Hechos importantes relacionados con el consumo intermedio en el sistema de salud**

El consumo intermedio en las cuentas macroeconómicas del SCN corresponde a la interacción entre la rama analizada (en este caso servicios de salud) y el resto de la economía, que comprende los bienes y servicios utilizados en el proceso de producción (de los bienes y servicios de salud). Hay varios asuntos que se debe tener en cuenta cuando el concepto de consumo intermedio se utiliza dentro de un enfoque funcional de la salud, cuyo objeto es contabilizar y analizar de forma exhaustiva el gasto cuyo propósito es la salud. Algunas características del consumo intermedio son:

- ❖ Los bienes y servicios de salud pueden ser prestados por una serie de establecimientos, cuya actividad principal no es necesariamente la producción de servicios de salud. En las cuentas macroeconómicas, la prestación de servicios de salud ocupacional a los asalariados de una empresa, que da como resultado un beneficio económico, se registra como consumo intermedio. Por tanto, no se registra como un producto de salud, salvo cuando se hace un registro detallado, como en la Tabla de Fuentes y Usos. Desde el punto de vista de las cuentas de la salud, todos los recursos utilizados con un propósito directo de salud deben ser incluidos, y en este caso, los servicios de salud que se ofrece a los asalariados como beneficiarios, constituyen un consumo. Muchos otros servicios de proveedores secundarios son consumo de salud de los hogares
- ❖ Cuando en las cuentas de macroeconomía una actividad se asigna una rama, no hay una pérdida en la medición de la economía total, pero en las cuentas de salud algunas funciones pueden estar infravaloradas y otras sobervaloradas. Algunos de estos servicios están vinculados a necesidades de los negocio, como por ejemplo cuando los pilotos tienen que hacerse pruebas de alcohol en sangre o graduarse la vista. Los procedimientos actuales de registro no permiten reasignar concretamente los servicios que casi de forma exclusiva son para el beneficio de la empresa y tienen poco beneficio para los hogares. En base a los principios generales de contabilidad, es conveniente asignar estos servicios completamente al consumo de los hogares.
- ❖ Algunas necesidades de salud se satisfacen agrupando los servicios hospitalarios y los ambulatorios, como los relacionados con el diagnóstico (laboratorio e imagenología), así como la prescripción o suministro de bienes médicos. En lo que se refiere al consumo intermedio, hay que analizar dos circunstancias:
 - Los servicios de salud se consumen como parte de un “paquete”, producidos y suministrados al paciente, una vez se haya puesto en contacto con un establecimiento de salud. Cualquier combinación de servicios supone recursos de un establecimiento, que se incluyen tanto en la producción como en la planificación de los costos. El valor de producción y el del consumo final coinciden. El consumo final es igual a la suma de los

Cuatro 9.1 Hechos importantes relacionados con el consumo intermedio en el sistema de salud (contd.)

insumos utilizados que es igual a los bienes y servicios consumidos. Para todos los proveedores, se incluyen las remuneraciones de los asalariados. En los servicios de mercado, los ingresos empresariales se añaden a ese valor. Ese valor total ya se detalla en la factura del producto básico.

- Cuando un establecimiento contrata de forma externa parte del servicio, por ejemplo, compra algunos servicios auxiliares a otro establecimiento, ya sea nacional o en el extranjero, el valor total del uso final se refleja en factura, pero en el agregado de servicios intermedios comprados. Existe el riesgo de una doble contabilidad, así como el de su omisión, dependiendo de las fuentes de datos utilizadas en el establecimiento y también en la forma en que se generan las cuentas.

❖ En el sistema de salud, se genera una cantidad considerable de consumo intermedio en el producto total consumido por los hogares. La factura de hospital incluye no solo los servicios del hospital mismo, sino las compras realizadas al sector farmacéutico, transporte, alimentos, etc. Hay que detallar bien las compras intermedias ya que se incluyen en el gasto en consumo final, pero puede que no se hayan desagregado por el lado de la producción. Este hecho podría infravalorar la producción en salud si se compara con otras ramas de actividad de la economía.

Tabla 9.3. **Clasificación funcional y económica de los gastos cruzada**

	Remuneración de los asalariados [GFS]	Uso de bienes y servicios	Consumo de capital fijo [GFS]	Intereses [GFS]	Subvenciones	Donaciones	Beneficios Sociales [GFS]	Otros gastos	Adquisición de bienes no financieros
Servicios públicos generales									
Defensa									
Seguridad y orden público									
Asuntos económicos									
Protección del medio ambiente									
Alojamiento y servicios comunidad									
Salud									
Ocio, cultura y religión									
Educación									
Protección social									

PARTE II

Capítulo 10

**Gasto en Salud por Características
del Beneficiario**

Introducción

Este capítulo representa un ejemplo ilustrativo de cómo se pueden utilizar los datos del SHA junto con otras fuentes de datos para desarrollar mejor las cuentas de salud, en este caso en lo que se refiere a la asignación del gasto corriente en salud, para poder realizar análisis específicos según las características del beneficiario como la edad, sexo, región o situación económica.

El capítulo empieza analizando las recomendaciones en el SHA 1.0 y la Guía del Productor, resumiendo algunos de los avances recientes en este campo, así como los usos posibles de los análisis. También detalla posibles modelos para desarrollar una estructura de organización de dichos análisis a efectos nacionales e internacionales, haciendo algunas recomendaciones generales sobre los diferentes tipos de clasificaciones de beneficiarios. Asimismo, se tratan algunos asuntos metodológicos que hay que tener en cuenta cuando se desarrollan clasificaciones estandarizadas.

Antecedentes

El uso del Sistema de Cuentas de Salud ha permitido disponer de datos sobre los gastos nacionales en salud comparables, por lo cual cada vez ha habido mayor interés por analizar cómo se reparte el gasto entre diferentes grupos de población. Existen tres motivos para ello: la preocupación sobre las desigualdades en los resultados de salud, intereses políticos y sociales en la asignación de los recursos que se destinan a atenderla y la necesidad de información sobre las variaciones en el gasto, para poder mejorar la sostenibilidad y planificación de los sistemas de salud.

Las desigualdades en el terreno de la salud preocupan tanto a países ricos como pobres, los cuales desean conocer si influyen en el acceso a los recursos de servicios de salud y si existen desigualdades entre determinados grupos de población en lo que se refiere al gasto en salud. El Informe Final del Comité de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (2008) insiste en la necesidad de que los países midan y supervisen las disparidades en los determinantes sociales que condicionan los resultados en salud, como por ejemplo el gasto en salud.

La distribución de los recursos en los sistemas de salud es un asunto de interés político y social en todos los países, tanto si está relacionada con asuntos como justicia y equidad, como con otras necesidades de tipo político, jurídico o administrativo. Para poder distribuir de forma adecuada los recursos se requiere información fiable sobre la distribución del gasto en salud. Dicha información es especialmente importante en el contexto político, ya que conseguir la cobertura universal en los sistemas de salud o mejorar la solidaridad social es un objetivo estratégico que comparten muchos países.

Muchos análisis requieren también información sobre las desigualdades en cuanto al gasto en determinados grupos de población o personas. Por ejemplo, la información sobre la variación en el gasto por grupos de edad es muy importante para cualquier proyección de futuro del gasto en atención de salud, o las necesidades en cuanto a recursos para la atención en salud (Rannan-Eliya y Wijesinghe, 2006). Dichos análisis tienen cada vez más importancia, ya que tanto los países desarrollados como en desarrollo están enfocando su atención en el financiamiento y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Las desigualdades en el gasto en salud se observan en muchas poblaciones de diferente dimensión social, que son de interés tanto político como analítico. Las dimensiones de interés particular incluyen el tipo de enfermedad o el estado de salud, edad, sexo, zona geográfica o estatus socioeconómico.

Desde mediados de la década de 1960 se ha hecho un esfuerzo por calcular las variaciones en el gasto en salud en la población. Rice (1967) hizo los primeros intentos por medir las variaciones en el gasto por enfermedad, edad y sexo en los Estados Unidos. En los países en vías de desarrollo, Meerman (1979) y Alailima y Mohideen (1983) fueron los pioneros tratando de identificar los gastos por grupos socioeconómicos, estudiando también cómo el gasto público y privado en servicios de salud variaba en función de la renta y otros parámetros en Malasia y Sri Lanka. Sin embargo, pocos análisis han relacionado sus estimaciones con los datos de las cuentas de la salud. Notables excepciones son los estudios sobre el costo de la enfermedad que se realizaron en Países Bajos el National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)¹. Las versiones más recientes del RIVM también tienen en cuenta las dimensiones según se presentan en el SHA. En el informe más reciente (Poos y col., 2008) los datos se notifican de acuerdo a seis dimensiones: proveedor, función, fuente de financiamiento, edad, sexo y enfermedad. A este fin se realiza un ejercicio para referenciar las enfermedades por una parte con los datos detallados sobre el gasto, por la otra.

A pesar de la proliferación de estudios similares en los últimos dos decenios, dichos análisis han producido en general resultados que no se pueden comparar entre los países, ni tampoco con los de otros estudios. Dichas comparaciones son cada vez más necesarias y solicitadas. Una de las principales causas de esta situación es la falta de definiciones y estadísticas normalizadas de los gastos en salud, que se puede resolver en gran medida con el desarrollo e institucionalización del SHA.

El SHA 1.0 y la Guía del Productor

El SHA 1.0 incluía dos tablas con gastos en salud de las personas que correlacionaban el estado de salud con las características del paciente: primero, por capítulos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10); y segundo, por grupos de edad (0-4, 5-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75-84 y más de 85 años) y por sexo.

La Guía del Productor proponía algunas otras formas de distribución del gasto en salud, añadiendo una distribución por enfermedad, edad y sexo. También

¹ Polder fue uno de los primeros en intentar vincular los datos de enfermedad, edad y sexo con los de las cuentas de salud. Véase por ejemplo Polder y col. (2002); Polder y Achterberg (2004).

consideraba la posibilidad de asignar los gastos por quintiles de gasto de los hogares y por región. Señalaba la importancia de las desigualdades socioeconómicas en el gasto en salud. Las tablas 5.6 a 5.9² en la Guía del Productor proponían matrices de agentes de financiamiento cruzadas con los grupos de población antes mencionados. Para el gasto por enfermedad, se sugería utilizar la clasificación de la carga global de la enfermedad (CGE) cruzándola con la clasificación de los agentes financieros. La CGE³ es una clasificación por enfermedad basada en la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), en la que las subcategorías de causas principales de la CGE se correspondían con los capítulos de la CIE (Mathers et al, 2004).

Comparaciones internacionales

Aunque los datos de las cuentas de la salud ya se utilizaban en los estudios de las enfermedades durante las últimas dos décadas, la utilización de clasificaciones estandarizadas del gasto ha dado una nueva dimensión al valor de los resultados (Heijink y col., 2006). Se han llevado a cabo una serie de proyectos desde el año 2000 que han estudiado la viabilidad de analizar el gasto en salud por características del beneficiario. En concreto, Eurostat y la OCDE han colaborado en proyectos para desarrollar un conjunto de directrices, basadas en el trabajo de RIVM, para distribuir el gasto por enfermedad, edad y sexo, que posteriormente se comprobó en una serie de países miembros. La OMS también ha patrocinado una serie de estudios en países en vías de desarrollo. Estos estudios han demostrado que la estructura general es viable y capaz de generar datos generales comparables. En la mayoría de estos países donde se han desarrollado experiencias piloto, las clasificaciones por edad utilizadas han sido más detalladas que las propuestas inicialmente en el SHA 1.0, sobre todo en el grupo de edades más avanzadas. Además, en la mayor parte de los estudios se ha logrado una mejor asignación del gasto por enfermedad en atención hospitalaria, que en atención ambulatoria o en otros establecimientos. Esta distinción, sobre todo entre el gasto hospitalario y ambulatorio, es de interés político y también sirve para realizar estimaciones. Sin embargo, también se ha observado que quedan todavía áreas que requieren un mayor desarrollo metodológico, en las que la asignación del gasto es más problemático, como por ejemplo en el consumo

² Tabla 5.6 “Gasto en salud individual por tipo de agente de financiamiento y por edad y sexo de la población”; Tabla 5.7 “Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y por quintil de gasto per cápita de los hogares”; Tabla 5.8 “Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y grupo de enfermedad”; Tabla 5.9 “Gasto nacional en salud por tipo de agente de financiamiento y región”.

³ El estudio CGE 1990 (1) clasificaba la enfermedad y las causas utilizando una estructura jerarquizada. El primer nivel incluía tres categorías:

- Grupo I: Estado contagioso, maternal, perinatal, de nutrición
- Grupo II: Enfermedades no contagiosas
- Grupo III: Lesiones

Las causas en el grupo I comprendía un conjunto de condiciones cuya mortalidad normalmente disminuía a un ritmo más rápido que la mortalidad por todas las causas durante la transición epidemiológica. En poblaciones con una alta mortalidad, el Grupo I dominaba las causas de muerte, mientras que en las poblaciones de baja mortalidad, solo había una pequeña proporción de muertes. Cada grupo se dividía en subcategorías. Por ejemplo, enfermedades cardiovasculares y neoplasmas malignos (cánceres) son dos de las subcategorías del Grupo II. Por debajo de este nivel había dos niveles más. Las subcategorías principales se establecían basándose en los capítulos de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) (2), con algunas importantes diferencias. Mientras que en la CIE se clasifican las enfermedades respiratorias crónicas y las infecciones respiratorias agudas en un capítulo, la CGE incluye las infecciones respiratorias agudas en el Grupo I. De forma similar, las enfermedades infecciosas como la meningitis y la cistitis que se incluían en los capítulos de la CIU – enfermedades neurológicas y genitourinarias respectivamente – se han trasladado también al grupo I.

colectivo (promoción y administración de la salud), compras directas y gasto de los hogares en general.

Además de los estudios del gasto por enfermedad, edad y sexo, varios proyectos en los últimos años se han centrado en la distribución del gasto en salud por características socioeconómicas de los beneficiarios, y en concreto por su nivel de ingresos. Pocos estudios de los realizados han relacionado sus estimaciones con los datos de las cuentas de salud. Dado el creciente interés político en dichos análisis, existe la necesidad de crear unas directrices para el futuro desarrollo de dichas estimaciones estandarizadas vinculadas al SHA y a las estadísticas de las cuentas nacionales de salud. Una de las posibles ventajas de dichas estimaciones relacionadas con el SHA es que dichas estimaciones serían coherentes con las estimaciones totales del gasto nacional en salud, lo cual no ocurre en muchas ocasiones.

Si el SHA va a ser la referencia para las comparaciones estandarizadas de la distribución de los gastos por beneficiario, se debe crear una estructura para dichas presentaciones. La capacidad de comparación de los resultados entre los estudios y cálculos diferentes requiere coherencia en los siguientes aspectos:

- El alcance y tipos de gasto en salud que se incluyen en las comparaciones;
- Los regímenes para clasificar los grupos de beneficiarios según diferentes dimensiones sociales;
- Las normas que se aplican para asignar el gasto a personas de diferentes características.

Usos analíticos

Los gastos por beneficiarios aportan información de utilidad política sobre las variaciones entre grupos de población diferenciados por ciertas características. Los gastos por beneficiarios muestran las diferencias entre los grupos (por ejemplo, gastos en salud entre hombres y mujeres, entre diferentes grupos de edad, entre grupos con niveles de ingresos diferentes, etc.). Es importante comentar que dichos datos sobre las desigualdades en el gasto, no implican necesariamente que exista una injusticia en la distribución del gasto, sino que sólo informan cómo están asignados los recursos, sirviendo como insumo para el análisis. La equidad en el gasto se debe determinar tomando como referencia alguna estructura normativa que indique lo que se considera justo y requiere de otra información sobre factores importantes como necesidades de salud, carga de las enfermedades o capacidad adquisitiva. Los datos del gasto por beneficiario pueden ser de gran utilidad para los responsables políticos, que necesitan asignar los escasos recursos y evaluar como llegar con ellos a los distintos grupos de población. Para poder planificar el futuro, es fundamental que los responsables políticos conozcan la situación actual y sepan cómo se reparten en la actualidad los recursos.

La información sobre los gastos por beneficiarios, aunque es importante para satisfacer necesidades nacionales, también puede servir para hacer comparaciones internacionales. No existe una estructura normativa acordada que permita evaluar de forma definitiva si la distribución del gasto se ha hecho de forma adecuada y óptima, por lo que la comparación entre países es un medio importante con el que

los responsables políticos pueden evaluar si hay que cambiar los gastos, o si es viable llevar a cabo dichos cambios.

Gastos por enfermedad

La información del gasto por enfermedad puede servir para diferentes propósitos, dependiendo del alcance y enfoque de los estudios. Puede servir por ejemplo para dar seguimiento a la asignación de recursos por enfermedad, de acuerdo a su prioridad. Esta información, en conjunción con la que se extraiga de las cuentas de la salud puede ser de utilidad para responder las preguntas siguientes referentes a los análisis temporales y espaciales:

- Qué enfermedades son las que consumen recursos y a cuánto ascienden éstos?
- Qué esquemas de financiamiento cubren los servicios que atienden estas enfermedades y cuánto pagan?
- Cómo se desglosa el gasto en ciertas enfermedades según los tipos de atenciones?

Las cuentas de la salud son una fuente de información importante para planificar la asignación de recursos. Sin embargo, sólo con la información de los gastos por enfermedad no se puede evaluar o justificar los recursos que se destinan a una enfermedad, por lo que es necesaria información adicional, sobre todo de necesidades y costos.

Cuando se mide el gasto por enfermedad hay que mencionar dos aspectos importantes, que se tienen que tener en cuenta al analizar los resultados o al compararlos internacionalmente. Dado que el gasto por enfermedad se calcula utilizando el número de casos notificados de la misma, la diferencia existente en las diferentes prácticas de notificación entre los países influye en el valor de las comparaciones. Por ejemplo, un paciente puede volver a un proveedor para que se le realice un seguimiento de la misma enfermedad por la que acudió la primera vez a la consulta. Dependiendo del método utilizado, esta segunda visita se contabiliza en la misma enfermedad en un país, o como una segunda enfermedad en otro. Dichas discrepancias pueden crear grandes diferencias que podrían explicar las variaciones en el gasto por enfermedad entre los países. Otro motivo de preocupación cuando se utiliza la información basada en el momento en que el paciente entra en contacto con un servicio de salud es la falta de un vínculo directo entre enfermedad y gasto, y sobre todo los diferentes métodos de asignación en casos de comorbilidad. Cuando se calcula el gasto en determinadas enfermedades, como la diabetes o las enfermedades mentales, si el cálculo se realiza asignando el gasto única y exclusivamente al primer diagnóstico, o se prorratea entre todas las enfermedades, los resultados pueden variar significativamente, lo que a su vez, puede llevar a conclusiones erróneas.

Se ha sugerido que se lleven a cabo análisis del gasto por enfermedad de forma periódica, cada tres o cinco años por ejemplo (BASYS y col., 2006). Para analizar el gasto por enfermedad se necesitan muchos recursos y es mejor valerse de estudios o iniciativas de investigación regulares, a fin de que los responsables políticos pueden utilizarlas para evaluar el nivel de gasto y las tendencias de los mismos (las tendencias deben vincularse a los cambios en la carga de la enfermedad o perfiles epidemiológicos).

Gastos por categorías socioeconómicas

El cálculo del gasto por categorías socioeconómicas sirve para analizar las desigualdades, porque muestra las diferencias en el nivel y patrón de gastos entre ricos y pobres. De esta forma se pueden entender mejor las posibles razones o consecuencias de las desigualdades. En teoría, el gasto por grupos socioeconómicos (SE) puede ser útil para conocer las desigualdades en las fuentes de financiamiento, (por ejemplo, para conocer si un sistema de cotizaciones es progresivo o regresivo), así como sobre las desigualdades en los pagos (por ejemplo, si el gasto directo de los hogares es proporcional a su capacidad adquisitiva). A su vez, los gastos en proveedores y funciones por grupo socioeconómico serviría para elaborar y supervisar determinadas políticas. Por ejemplo, los datos podrían informar del tipo de atención que está suponiendo un mayor gasto para los hogares, o la forma en que se puede ajustar la asignación del gasto público para ayudar a los sectores más empobrecidos de la población. En muchos países de rentas medias y bajas, los datos sobre las categorías socioeconómicas son de gran importancia política. Estos datos se pueden utilizar para estudiar los gastos catastróficos y el grado de empobrecimiento que éstos ocasionan a determinados grupos de población.

Gastos por indicadores políticos de beneficiarios

A continuación se detallan los distintos indicadores que se han utilizado para notificar los gastos, que han utilizado los responsables políticos.

- Gasto medio por persona y por proveedor, en cada región (por ejemplo, gasto per cápita en salud en cada región en hospitales, proveedores de atención ambulatoria, etc.)
- El gasto por esquemas de financiamiento en cada grupo socioeconómico (por ejemplo, gasto por esquemas públicos, seguro médico, pagos directos de los hogares y otros, en los cinco quintiles de ingresos)
- Gastos por enfermedad por diferentes tipos de atenciones (por ejemplo, hospitalaria, ambulatoria y gasto farmacéutico en enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, lesiones, neoplasmas, etc.)

Además, las tendencias en el gasto por beneficiario en función de su edad o su enfermedad son útiles para hacer proyecciones de los niveles de gasto. El gasto per capita a precios constantes es mejor para comparar cómo se reparte el gasto y el nivel del mismo a lo largo del tiempo (comparación de volúmenes).

Los indicadores que se detallan a continuación del gasto por beneficiario, combinados con otros indicadores no financieros, han demostrado ser políticamente importantes:

- Gasto por prevalencia de una enfermedad a lo largo del tiempo;
- Gasto por personas con riesgo de contraer una enfermedad a lo largo del tiempo;
- Gasto por persona correlacionado con necesidades de servicios de salud no cubiertas, por quintil de ingresos.

Estructura posible para analizar los gastos por beneficiario

Concepto y definición de los beneficiarios

El análisis de las variaciones del gasto en salud reconoce de forma explícita que los gastos en salud no son uniformes para toda la población. Cuando se considera la posibilidad de que el gasto puede variar de forma no uniforme y se intenta medir dicha variación, se observa que puede no ser igual entre diferentes unidades de población. Si existen diferencias entre unidades y dichas unidades se pueden clasificar en función de determinados criterios, surge la posibilidad de clasificarlos en función de ciertas dimensiones sociales. Con lo cual, para clasificar el gasto por características de beneficiarios o grupos de población, es necesario cumplir los siguientes requisitos mínimos:

- Que existan variaciones del gasto en salud entre las diferentes unidades de población;
- Que sea posible y viable medir las diferencias en el gasto entre diferentes unidades de población;
- Que se puedan diferenciar las distintas unidades de población y clasificar siguiendo un conjunto de criterios coherentes que se puedan definir y medir.

La unidad estadística más pequeña de la población es la persona. Un beneficiario se podría definir como una sola persona a quien individual o colectivamente se le asignan gastos en salud, bajo el supuesto de que se va a beneficiar de los mismos.

La asignación de un gasto a una sola persona se basa en el supuesto de que esa persona va a ser el beneficiario del bien o servicio concreto, ya sea como persona individual o como miembro de un grupo de personas (pequeño y selectivo). Esto cubriría la mayor parte de los servicios individuales de tratamiento que se entregan a los pacientes individuales. Los servicios para un grupo (grande e impersonal) se denominan servicios colectivos o no personales que benefician a grupos de personas. Un ejemplo serían las campañas, como por ejemplo para dejar de fumar, que van destinadas a determinados grupos demográficos concretos, o a la población en su conjunto. Incluiría también las actividades administrativas para gestionar el sistema de salud, ya que intentan mejorar la salud de la población en general.

Aunque la identificación de los beneficiarios individuales constituye un fundamento claro para asignar los gastos, el concepto de beneficiario requiere más elaboración para poder abordar todas las posibles dimensiones del análisis. La mayor parte de dichas dimensiones cumplen la característica de ser mutuamente excluyentes, aunque no todas. Por ejemplo una persona no puede tener más de una edad o un sexo al mismo tiempo. Sin embargo, cuando el gasto se refiere a características de individuos de características mutuamente excluyentes, o que pueden coincidir en la misma persona, esta persona deja de ser la unidad de análisis. Esto ocurre cuando se asignan los gastos por tipo de enfermedad. Aunque todas las enfermedades sean un fenómeno individual o personal, es posible que las personas puedan tener más de una enfermedad al mismo tiempo. Por eso, en los gastos por categoría de enfermedad, no es posible separar la población en categorías mutuamente excluyentes. Lo que se hace en este caso es asignar gastos por persona según las enfermedades que cada persona sufre y sumar los gastos por

tipo de enfermedad, pero lo que no es factible y carece de significado es sumar los gastos por grupos de personas.

Teniendo esto en cuenta, se propone que para poder realizar los análisis de distribución en la estructura del SHA, se defina a los beneficiarios bien como grupos de personas individuales mutuamente excluyentes, clasificados por alguna característica individual, o grupos no mutuamente excluyentes que se beneficien de gastos mutuamente excluyentes, los cuales se pueden asignar a estas personas. En este último caso, una sola persona puede ser el beneficiario de más de un gasto, y cada uno de los mismos se podría asignar a un grupo diferente.

Alcance de los gastos en salud que se tienen en cuenta al hacer los análisis por características de los beneficiarios

Esta estructura está pensada para que el SHA pueda analizar las variaciones en el gasto asignado a distintos beneficiarios en diferentes grupos de población, para poder hacer comparaciones entre países y entre distintos estudios. Para ello es necesario que el alcance de los gastos que se tienen en cuenta en los análisis esté claramente articulado con la estructura general del SHA. Al mismo tiempo, los gastos tienen que poderse asignar a los beneficiarios a lo largo de las posibles dimensiones del análisis. Finalmente, se debe tener en cuenta su viabilidad, su confiabilidad y la capacidad de reproducir el análisis.

Los límites de lo que en el SHA se puede considerar gasto en salud, están definidos según los objetivos funcionales del gasto, basándose en los límites exactos de las categorías establecidas en la clasificación funcional ICHA-HC. Por tanto, cualquier análisis del gasto en salud por beneficiario que se elabore en el SHA se limita solo a aquellos gastos que están dentro del límite de lo que se considera servicios de salud. Una vez aclarado este punto, es necesario aún delimitar el alcance de los gastos que se tienen que tener en cuenta en los análisis de los gastos por beneficiario. Dado que el SHA mismo define el límite de los gastos en servicios de salud utilizando un planteamiento funcional, lo adecuado y correcto es hacerlo de forma similar.

Según la clasificación funcional todos los gastos están vinculados a la prestación de servicios de salud a personas o grupos de personas (salvo los que se refieren a campañas de prevención y los de administración), y por tanto se pueden utilizar para poder repartirlos por característica de beneficiario.

La mayoría de los bienes y servicios de salud benefician a personas individuales y no a colectivos, o una sociedad en su conjunto y cuando una persona es la destinataria de un servicio, el beneficio que obtiene del mismo no puede beneficiar a otra persona. Por tanto podemos identificar los gastos por beneficiario, dado que se conoce quién ha sido el destinatario del mismo.

Los gastos que se registran en la cuenta de capital (formación de capital y partidas debajo de la línea) plantean una serie de problemas, ya que son gastos cuyo objetivo es financiar los insumos que el sistema de salud necesita para prestar los servicios en el futuro. Los beneficios de los servicios creados con estos insumos no se pueden asignar a personas individuales o grupos de personas específicos, ya que estos insumos se van a utilizar para producir muchos servicios diferentes. Por

ejemplo, la formación de capital incluye la inversión en nuevos hospitales, lo cual beneficiaría a muchas personas durante mucho tiempo. Al mismo tiempo, algunos de estos gastos se podrían asignar a grupos específicos de personas. Por ejemplo, la construcción de una clínica para tratar la diabetes beneficiaría a todas las personas con esta enfermedad, aunque no se sabe si en el futuro ese establecimiento se puede destinar futuro a otro propósito.

Los gastos en las partidas debajo de la línea, tanto las llamadas de notificación como los servicios relacionados con la salud (HC.RI y HCR) se pueden asignar normalmente a grupos de personas y se pueden presentar en la distribución del gasto. Sin embargo, es importante observar que la mayor parte de estos gastos no se miden ni se notifican en el SHA actual. Por ello no se recomienda analizarlos de forma sistemática.

En consecuencia, se recomienda que los análisis del gasto por beneficiario se limiten en su alcance sólo a los gastos corrientes en servicios de salud (HC.1 – HC.7), con la opción de analizar y presentar de forma separada los gastos de capital por beneficiario. Algunos análisis tienen que tener en cuenta la asignación de los gastos en inversiones, ya que dichas inversiones se pueden identificar con facilidad y asignar a grupos específicos de beneficiarios.

Los análisis de la distribución del gasto por enfermedad basados en las cuentas de la salud hay que diferenciarlos de los estudios de costos. Un estudio de costos de una enfermedad podría intentar analizar el impacto total de una enfermedad, incluido su impacto económico en la calidad de vida. Estas dimensiones no se incluyen en los gastos por enfermedad, como ya se ha explicado en los párrafos anteriores. Los gastos por beneficiario y por enfermedad, distribuirán el gasto corriente en las funciones de salud comprendidas entre HC.1 y HC.7. Los gastos de una persona siempre podrán atribuirse a otra persona con la misma enfermedad. Los gastos de los grupos cuyo estado de salud puede estar relacionado con una enfermedad (por ejemplo, atención preventiva de la diabetes) o con toda la población, se pueden repartir entre todas las personas. Por tanto, los gastos por enfermedad realizados con este abordaje metodológico, sólo clasifican los costos médicos directos y excluyen los costos indirectos e intangibles que a veces se incluyen en los estudios de costos.

Relación con las principales estimaciones en el SHA

Al estudiar el gasto por características del beneficiario se debe tener en cuenta el uso y destino de los bienes y servicios asociados. Para ello, hay que analizar detalladamente cada una de las transacciones en el punto de provisión. Dichas transacciones se pueden describir según el tipo de servicio que se realiza, el proveedor que genera el servicio y el tipo de financiamiento utilizado para cubrirlo. En consecuencia, las transacciones en teoría se pueden asignar a un proveedor, función y régimen de financiamiento. Por ello, puede ser conveniente relacionar los análisis con al menos una de las principales clasificaciones del SHA (HC, HP, HF) para producir una matriz, en vez de simplemente distribuir el gasto corriente en servicios de salud según las características del beneficiario. En concreto, relacionando el gasto por las características del paciente con la clasificación funcional se pueden comparar mejor los sistemas de salud, ya que se garantiza la neutralidad desde el

punto de vista del financiamiento y de la provisión (incluso si los datos proceden de las entidades de financiamiento o del proveedor).

Los ingresos en la clasificación de los esquemas de financiamiento (FS) informan de los mecanismos de contribución (primas, cotizaciones sociales, etc) de los esquemas de financiamiento (HF). Las transacciones correspondientes a dichos ingresos y esquemas de financiamiento normalmente no se producen al mismo tiempo que se realiza la transacción entre el proveedor y el paciente, y de hecho se producen a un nivel diferente en el sistema de financiamiento a la salud. Por ejemplo, las primas o las cotizaciones sociales de las empresas privadas y los hogares a los regímenes de seguro se producen en momentos separados y en transacciones separadas que el momento en que se paga a los proveedores con los fondos procedentes de dicho esquema (de hecho la recaudación de fondos para el esquema, tanto en el tiempo como en el espacio, es independiente del pago de las prestaciones). En la mayoría de los casos, cuando los fondos de un esquema se utilizan para pagar a un proveedor, el pago se realiza solo después de haber centralizado los fondos recibidos, por lo que prácticamente es imposible identificar directamente de dónde procedía el ingreso con el que se ha pagado dicho servicio, salvo que fuera un financiamiento para un objetivo específico. Esto significa que distribuir los gastos en función de los ingresos en los esquemas solo se puede efectuar haciendo una serie de supuestos arbitrarios de cómo se debe asignar el gasto mancomunado, con lo cual la validez de dicha distribución sería cuestionable. Sin embargo, algunos países pueden estar interesados en dichas estimaciones. Por ejemplo, para los países con una fuerte dependencia de financiamiento externo puede ser necesario identificar los ingresos de los esquemas de financiamiento por región.

Clasificación de beneficiarios

Teniendo en cuenta la experiencia reciente y la demanda de análisis por características de pacientes en un contexto internacional, a continuación se detallan las distintas características que debería tener una estructura normalizada de clasificación por beneficiario:

- Edad y sexo
- Tipo de enfermedad;
- Estatus socioeconómico;
- Región geográfica.

Algunos países pueden querer adoptar otras clasificaciones en función de sus necesidades políticas y de información. Por ejemplo, algunos países pueden necesitar comparar el gasto en salud de la población asegurada y no asegurada. A continuación se incluyen las directrices para cada uno de los grupos propuestos.

Edad y sexo

Los gastos por edad y sexo son quizá la forma más establecida de distribuir el gasto por beneficiario. Los gastos en relación con la edad y el sexo han adquirido cada vez más importancia por las implicaciones que tiene el envejecimiento de la población en los sistemas de salud y en el financiamiento de la atención. Para realizar dichos análisis es necesario clasificar los gastos con suficiente detalle en la categoría

de edad, para ver las variaciones que existen y poder establecer modelos adecuados del impacto de los cambios que se produzcan en la estructura de la edad.

En estos últimos años, varios estudios⁴ han intentado ampliar la estructura de las cuentas de salud para estudiar el gasto por edad y sexo. Muchos han incluido también el gasto por enfermedad. Estos estudios han demostrado que es factible calcular los gastos por edad y sexo en una amplia gama de contextos.

Dada la importancia del impacto que tiene el envejecimiento y la enfermedad en los extremos opuestos de la escala, se sugiere incluir categorías más pequeñas para la población más joven y de mayores edades. Por tanto, cuando se notifiquen los gastos a escala internacional por edad y sexo, se sugiere crear grupos de 5 años⁵ hasta llegar a los 95 (con el grupo de edad 0 separado) lo que permitiría cubrir la mayoría de los grupos políticamente relevantes para la mayoría de los países. Sin embargo, cada país o región puede agregar estas categorías o desglosarlas un poco más, según convenga a sus políticas, o para poder utilizar mejor la información no relacionada con el gasto. Esta clasificación se usa para hacer comparaciones entre países, pero los países, o un conjunto de países, podrían utilizar otras clasificaciones que respondan mejor a sus necesidades específicas o que faciliten la comparación con países concretos.

Enfermedad

En los últimos años se han realizado muchos trabajos para calcular el gasto por tipo de enfermedad dentro del marco del SHA, tanto a escala nacional como en los análisis comparativos de los países⁶.

Las directrices de la OCDE para calcular las cuentas de la salud por edad, sexo y enfermedad son similares a las aplicadas fuera de la OCDE – como en Sri Lanka – lo que demuestra que se pueden aplicar de forma general. Estas directrices y experiencias en los países son la base sobre la que se ha desarrollado una clasificación estándar para analizar los gastos por enfermedades.

La norma internacionalmente aceptada para clasificar las enfermedades es la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE) publicada por la OMS, en su décima revisión actual (Organización Mundial de la Salud, 2004). Todos los trabajos realizados sobre el gasto por enfermedad utilizan categorías basadas en la CIE-10 (antes CIE-9). La CIE recoge enfermedades por diagnóstico con información sobre la mortalidad y la morbilidad (es decir, prevalencia, incidencia, etc). Esta información se utiliza en muchas áreas de la política de salud pública, lo que permiten a los responsables políticos tomar decisiones para realizar campañas de prevención

⁴ De especial interés son los estudios nacionales en Australia (Australian Institute of Health and Welfare 2005), Holanda y Estados Unidos (Roehrig y col. 2009), el estudio de viabilidad Eurostat de gastos en salud por característica de paciente (BASYS, CEPS, y IGSS 2006), estudios piloto patrocinados por la OMS en Sri Lanka y Tailandia y directrices de la OCDE para calcular el gasto por enfermedad, edad y sexo en la estructura del SCN (OCDE, 2008).

⁵ Grupos de 5 años: 0, 1-4, 5-9, 10-14, etc, hasta 94, y después más de 95. Una alternativa es formar grupos de 10 años: 0, 1-9, 10-19, etc, hasta 99 y de más de 100.

⁶ Véanse los estudios en Australia y EEUU mencionados en la nota anterior. Además, el estudio Eurostat en los estados miembro de la UE demostró la viabilidad de distribuir el gasto por categorías, mientras que los estudios apoyados por la OMS han demostrado la viabilidad de disponer de estimaciones comparables en dos países en vías de desarrollo.

de enfermedades, programas de salud pública, tratamientos y esquemas de reembolsos. La estructura de la CIE permite comparar información entre países y a lo largo del tiempo. Aunque la CIE-10 se utilice sobre todo en entornos hospitalarios y no ambulatorios, la 11ª revisión intenta ajustar la clasificación para que sea una estructura mejor a efectos de atención primaria.

Sin embargo, la CIE-10 define más de 30.000 enfermedades diferentes y 1.000 categorías de notificación internacional. Por ello, es casi imposible hacer cálculos a un nivel tan desagregado, dado el tamaño de las muestras y la codificación de las enfermedades de muchas fuentes primarias de datos. Para poder hacer estos cálculos es necesario hacer grupos más grandes. Los países que han calculado el gasto por enfermedad se han limitado a los gastos en amplios capítulos de la CIE-10 (BASYS y col., 2006), o han utilizado grupos específicos nacionales de códigos en la CIE, como en Estados Unidos (Roehrig y col., 2009), o bien la Carga Global de la Enfermedad (CGE) de la OMS (o una versión modificada de la misma), como en Australia o Sri Lanka. La CGE es, en sí misma, una agregación o meta clasificación de categorías de la CIE.

Algunos países también han utilizado otras clasificaciones internacionales para calcular áreas específicas del gasto por enfermedad. Algunos, sobre todo los países miembro de la UE, han utilizado la Lista Abreviada de Tabulación de la Morbilidad Hospitalaria (LATMH) para recopilar información de enfermos hospitalizados por enfermedad, y aunque el listado es muy extenso, no pretende ser exhaustivo. El sistema de la LATMH no se utiliza mucho fuera de Europa y es un tanto sesgado porque se utiliza principalmente en los hospitales.

Otra clasificación mejor adaptada a las transacciones en el servicio de salud de atención primaria es la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), en su segunda versión (CIAP-2). La CIAP se creó para clasificar enfermedades, síntomas y razones por las que los pacientes acuden al servicio (incluidas las no médicas) en la práctica general y familiar y de atención primaria, ya que se observó que la CIE-9 era deficiente en su alcance descriptivo, porque se centraba en las enfermedades y en el origen de las mismas que se derivan de la clasificación de

las estadísticas de mortalidad⁷. Sin embargo, la CIAP, aunque apoyada por la OMS, no ha sido universalmente adoptada. Últimamente se han realizado trabajos para correlacionar la CIAP con la CIE-10, para solucionar el problema de la capacidad de comparación (Lamberts y Wood, 2002). La CIAP puede ser de utilidad como clasificación intermedia cuando se procesan los datos para ver una distribución completa de los gastos por enfermedad, pero no se recomienda para notificaciones internacionales de la distribución completa.

Otra clasificación que se debe mencionar es la Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATQ), desarrollada por la OMS para clasificar los medicamentos. Aunque con ella se podrían clasificar los gastos en medicamentos, no se puede correlacionar con la CIE, ya que conceptualmente pertenece a dominios diferentes de análisis y no se puede utilizar con facilidad para clasificar el gasto por enfermedad.

Cualquier clasificación que se utilice para los análisis comparativos de la distribución del gasto por enfermedad se tendría que basar de forma inevitable en el sistema de la CIE, ya que es el único punto de referencia de clasificación internacional en la que casi todas las clasificaciones internacionales y nacionales están correlacionadas (o se pueden correlacionar). Sin embargo, a efectos de notificación y comparativos, una clasificación internacional debe aportar un nivel de agregación que sea factible en una amplia variedad de países y útil desde una perspectiva de políticas.

Cuando no exista una clasificación internacional estandarizada para recoger los datos, se recomiendan dos alternativas: La clasificación de CGE (ligeramente adaptada) al nivel más alto de agregación y los principales capítulos de la CIE-10. Si se desean comparar internacionalmente los gastos por enfermedad es mejor un sistema de clasificación basado en la CGE. Aunque el objeto de la estructura de la CIE sea ofrecer estadísticas sobre mortalidad y morbilidad, la clasificación CGE está más enfocada a la información epidemiológica y las razones por las que se han producido las enfermedades o muertes. La CGE de la OMS también tiene la ventaja de que se elaboró principalmente para comparar la carga que representa la enfermedad tanto para los países desarrollados como en vías de desarrollo. Asimismo, es importante reiterar que la clasificación de la CGE es un agregado de

⁷ “Al darse cuenta de los problemas de la CIE y la necesidad de disponer de una clasificación internacional reconocida para la práctica general, el Comité de Clasificación de la Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Medicina General (WONCA, por sus siglas en inglés) (en la actualidad el Comité Internacional de Clasificación Wonca CICW) diseñó la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPSAP), que se publicó por primera vez en 1975, con la segunda edición en 1979, en correspondencia con la 9ª edición de la CIE. Aunque se incluía una sección para clasificar una serie de síntomas no diagnosticados, conservaba la estructura básica de la CIE, con lo cual todavía seguía siendo inadecuada. Una tercera edición (CIPSAP-2-Definida) en 1983 había añadido criterios para utilizar la mayoría de las rúbricas, consiguiendo mayor fiabilidad, pero no superando sus carencias en atención primaria. Era necesaria una nueva clasificación, que reflejara las razones por las que el paciente acudía a consulta y el registro del proveedor con los problemas de los pacientes. (...) Se formó un pequeño grupo de trabajo bajo los auspicios de la OMS (...). Tras varios años de trabajo, este grupo desarrolló la Clasificación de las Razones del Primer Encuentro (CRPE) que después de muchas experiencias de campo en las que participaron muchos de los componentes del CICW, se convirtió en la CIAP.” www.globalfamilydoctor.com/wicc/icpcstory.html. N.B. la Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Medicina General (Wonca) y la Asociación Académica de Médicos de Familia y Medicina General, también conocida como Organización Mundial de Médicos de Familia es una organización internacional de colegios nacionales, academias y organizaciones interesadas en los aspectos académicos de la medicina de familia. Wonca se fundó en 1972.

las categorías de la CIE y que se puede correlacionar con las categorías de la CIE.

Si no es posible utilizar una clasificación de la CGE adaptada (por falta de información detallada en nivel de 2 y 3 dígitos de la CIE), una alternativa para hacer comparaciones internacionales es utilizar el nivel principal de cada capítulo de la CIE-10. La principal ventaja es la disponibilidad de estos datos por capítulo y el hecho de que esta clasificación es la más utilizada, lo que permite que sus datos se puedan comparar entre diferentes países y a lo largo del tiempo.

En las tablas que se incluyen a continuación están las dos clasificaciones: La tabla 10.1 presenta grupos de dos dígitos de la CGE; la tabla 10.2 presenta los capítulos principales de la CIE-10. En el Anexo F se incluyen más clasificaciones de CGE y LATMH.

Un número significativo de contactos con el sistema de salud y, por tanto, de gastos, no están conectados a enfermedades específicas sino a condiciones no definidas o a campañas de tamizaje de la salud en general o a investigaciones. Para poder conocer estos gastos, es necesario añadir una categoría que se puede denominar *Signos, síntomas y datos clínicos y de laboratorio anormales no especificados o condiciones mal definidas en contactos con servicios de salud; factores que influyen en el estado de salud y los contactos con el servicio de salud* (CGE.nsk).

Las enfermedades mal definidas se corresponden a los gastos asignados a síntomas cuyo diagnóstico no ha sido incluido de manera específica en ninguna clasificación. Esto “incluye las enfermedades y los síntomas mal definidos que apuntan con la misma probabilidad a dos o más enfermedades o a dos o más sistemas corporales, sin el estudio necesario del caso para emitir un diagnóstico definitivo. Prácticamente todas las categorías en este grupo se podrían denominar “no especificadas en otra parte”. Las enfermedades o los síntomas son: (a) casos en los que no se puede establecer un diagnóstico específico después de haber investigado todos los datos disponibles; (b) signos o síntomas que existían en el primer contacto que cambiaron y cuyas causas no se pudieron determinar; (c) diagnósticos provisionales en un paciente que no ha regresado a la consulta para estudios ulteriores; (d) casos que fueron derivados a otra consulta para un estudio o tratamiento antes de hacer el diagnóstico; (e) casos en los que no se pudo hacer un diagnóstico preciso por cualquier otra razón; (f) algunos síntomas que representan problemas importantes en atención médica y que podrían querer clasificarse adicionalmente a una causa conocida.”

Los contactos con los servicios de salud no se limitan al tratamiento o estudio de una enfermedad o lesión. También se pueden producir cuando alguien que no está enfermo requiere o recibe servicios o atenciones limitadas.

También es necesaria una clasificación de las lesiones. Mientras que la estructura de la CGE propone solo una categoría para la causa de una lesión (por ejemplo, accidente en carretera, intoxicación, caídas, incendios, ahogos, autolesiones, violencia, guerra), en la CIE se puede notificar la causa (CIE capítulo XX) y la naturaleza o la parte del cuerpo (CIE capítulo XIX; por ejemplo, lesiones en la cabeza, cuello, tórax, abdomen, hombro o brazo, cadera y muslo, etc). Es importante entender esta distinción. A efectos de prevención y seguridad pública, es preferible

Tabla 10.1 **Clasificación de la enfermedad por categoría de carga global de la enfermedad (CGE) (GBD, por sus siglas en inglés)**

Código GBD	Causa	Código CIE-10
GBD.1	Contagiosa, maternal, perinatal y carencias nutrición	A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-64
GBD.1.1 ¹⁷⁸	Enfermedades infecciosas y parasitarias	A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73
GBD.1.2	Infecciones respiratorias	J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66
GBD.1.3	Estado maternal	O00-O99
GBD.1.4	Estado perinatal	P00-P96
GBD.1.5	Carencias de nutrición	E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64
GBD.1.9	Todas las demás enfermedades contagiosas, maternas, perinatales y de nutrición	
GBD.2	No contagiosas	C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D 64.9) D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99
GBD.2.1	Neoplasmas malignos	C00-C97
GBD.2.2	Otros neoplasmas	D00-D48
GBD.2.3	Diabetes mellitus	E10-E14
GBD.2.4	Trastornos endocrinos	D55-D64 (minus D64.9), D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88
GBD.2.5	Trastornos neuropsiquiátricos	F01-F99, G06-G98
GBD.2.6	Trastornos en los órganos de los sentidos	H00-H61, H68-H93
GBD.2.7	Enfermedades cardiovasculares	I00-I99
GBD.2.8	Enfermedades respiratorias	J30-J98
GBD.2.9	Enfermedades digestivas	K20- K92
GBD.2.10	Enfermedades del sistema genitourinario	N00-N64, N75-N98
GBD.2.11	Trastornos de la piel	L00-L98
GBD.2.12	Enfermedades del sistema musculoesquelético	M00-M99
GBD.2.13	Anomalías congénitas	Q00-Q99
GBD.2.14	Enfermedades bucales	K00-K14
GBD2.99	Todas las demás enfermedades no contagiosas	
GBD.3	Lesiones	V01-Y89
GBD.3.1	No intencionadas	V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89
GBD.3.2	Intencionadas	X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871
GBD.3.9	Todas las demás lesiones	
GBD.nsk.	Enfermedades no especificadas en las pruebas clínicas y laboratorio y otras enfermedades mal definidas en contactos con los servicios de salud; factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud	R00-R99, Z00-Z99
Rúbricas reportadas		
GBD.RI.1	Lesiones en la cabeza	S00-S09
GBD.RI.2	Lesiones en el cuello	S10-S19
GBD.RI.3	Lesiones en el tórax, lesiones en el abdomen, parte baja de la espalda, espina lumbar y pelvis	S20-S39
GBD.RI.4	Lesiones en hombro y parte alta del brazo, lesiones en codo y antebrazo, lesiones en muñeca y mano	S40-S69
GBD.RI.5	Lesiones en cadera y muslo, lesiones en rodilla y parte baja de la pierna, lesiones en tobillo y pie	S70-S99
GBD.RI.6	Lesiones que afectan varias partes del cuerpo, lesiones en partes del tronco, extremidades o cuerpo no especificadas	T00-T14

Fuente: Estudio de la Carga Global de la Enfermedad 2008, de próxima publicación

⁸ Las enfermedades infecciosas y por parásitos incluyen enfermedades tales como la tuberculosis, VIH/SIDA y malaria en el nivel de 3 dígitos sobre las que las estimaciones del gasto son políticamente pertinentes en muchos países.

Tabla 10.2 **Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) 10ª Revisión**

Capítulo CIE	Bloques	Título
I	A00-B99	Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasmas
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y componentes de la sangre y trastornos del sistema inmune
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutrición y metabólicas
V	F00-F99	Alteraciones mentales y de la conducta
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y anexos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema músculoesquelético y tejidos conectivos
XIV	N00-N99	Enfermedades del sistema genitourinario
XV	O00-O99	Embarazo, nacimiento y puerperio
XVI	P00-P96	Determinadas enfermedades que se originan en el período perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	
XIX	S00-T98	Lesiones, intoxicaciones y consecuencias de causas externas
XX	V01-Y98	Causas externas de la morbilidad y la mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud
XXII	U00-U99	Códigos para propósitos especiales

Fuente: OMS (2004).

que las lesiones se clasifiquen por su causa (accidente de tráfico y otros), pero hay países que prefieren desglosar las lesiones por partes del cuerpo como partidas de notificación, si esto es lo más utilizado en los análisis y sistemas de estadísticas.

Comorbilidad

De los contactos de los pacientes con el sistema se generan los primeros datos, por enfermedades de tipo secundario o latentes, como la diabetes o las enfermedades mentales. El problema de la comorbilidad y asignación del gasto por enfermedad en el modelo del diagnóstico principal es que puede pasar por alto algunas enfermedades subyacentes. En el análisis de VIH/TB, la asignación de recursos según el diagnóstico principal puede dar como resultado una distribución del gasto engañoso, dependiendo de la perspectiva de políticas. Por ejemplo, el gasto de un paciente con VIH tratado por TB, y los recursos externos asignados a VIH, que podrían cubrir el gasto de los pacientes VIH con TB, estaría en la categoría VIH, con lo cual se subestimaría el gasto correspondiente a la TB⁹.

Existen tres posibles opciones para resolver este problema: (i) clasificar los gastos según el diagnóstico principal, (ii) prorratear en partes iguales los gastos

⁹ Esto resalta la diferencia entre el gasto por enfermedades y las cuentas específicas de una enfermedad. En el ejemplo presentado, el mismo gasto conjunto en VIH/TB estaría en ambas cuentas específicas de la enfermedad. Sin embargo, cuando se reparte el gasto por enfermedades, no se puede contabilizar dos veces y cualquiera de los gastos se asigna a una enfermedad (arriesgando la sobreestimación y la subestimación de los mismos), o se crea una categoría especial combinada.

entre los diagnósticos pertinentes, y (iii) distribuir los gastos entre todos los diagnósticos pertinentes utilizando los pesos específicos de la enfermedad, de una manera tal que refleje la intensidad del recurso utilizado. Aunque la tercera opción es la mejor, ya que establece una conexión clara entre la enfermedad y el gasto total, en la práctica los datos para utilizar dicho modelo son inmensos y muchos países no disponen de estos en la actualidad. La segunda opción es más factible, pero en muchas situaciones los datos existentes solo han registrado el diagnóstico principal y no las comorbilidades. Por ello, en general se utiliza la primera opción¹⁰. Es decir, los gastos se clasifican en función del diagnóstico principal¹¹, salvo en aquellos casos en los que el diagnóstico principal no se pueda diferenciar de otros diagnósticos, en cuyo caso los gastos deben ser prorrateados entre todas las enfermedades pertinentes.

Estatus socioeconómico

Los resultados de salud pueden variar entre países según el estatus económico de sus habitantes, cuyas desigualdades son de especial preocupación política nacional e internacional. En consecuencia, los responsables políticos están interesados en conocer cómo están distribuidos los recursos y gastos de salud entre los diferentes niveles socioeconómicos de la población. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) ha hecho un llamamiento para que los países midan periódicamente estas desigualdades¹².

En términos generales, los resultados se pueden presentar en forma de tabla o en una estadística, en la que se resuma el nivel general de desigualdad en el gasto. Un ejemplo sería una estadística del índice de concentración. Sin embargo, si se desea ampliar el marco del SHA para analizar la distribución del gasto por estatus socioeconómico, es mejor utilizar un modelo que asigne directamente el gasto en salud a diferentes grupos de población y presente los datos en una tabla. Para ello, es necesario clasificar y agrupar los beneficiarios según su estatus socioeconómico, incluidos los posibles niveles de vida.

Teniendo en cuenta la experiencia de otros estudios y los méritos conceptuales de cada uno de los mismos, así como las necesidades expresadas por los responsables políticos, se recomienda, al notificar internacionalmente la distribución del gasto por estatus socioeconómico, que los beneficiarios se clasifiquen en quintiles en sus

¹⁰ Esta es también la solución que se recomienda en las directrices de la OCDE.

¹¹ A diferencia de la opción elegida en la clasificación de la CGE, en la clasificación de la CGE adaptada que se utiliza en este capítulo se propone que la causa principal sea la causa en base a la cual se clasifiquen los datos.

¹² El análisis de los gastos por estatus socioeconómico de los beneficiarios tiene un largo historial y los métodos para analizar los micro datos a este fin están muy avanzados. Un trabajo que cabe destacar es el patrocinado por la Comisión Europea desde el decenio de 1990 para estudiar la equidad en el financiamiento a la salud y la prestación de servicios en los países de Europa, que en el siguiente decenio se aplicó a los países asiáticos. Este trabajo, liderado por la red ECuity en Europa, ha estudiado las desigualdades del gasto en salud en diferentes países en Europa (van Doorslaer 1993) durante dos decenios y en Asia, la red EQUITAP, que ha emulado el trabajo de ECuity en Asia desde el 2000, ha hecho un trabajo de similares características (Rannan-Eliya y Somanathan 2006). Sin embargo no se ha logrado establecer una relación directa con las cifras del gasto nacional derivadas de las cuentas de salud, aunque EQUITAP haya realizado este esfuerzo cuando los datos lo han permitido.

niveles socioeconómicos relativos, representados por los niveles de vida¹³.

Sin embargo, existen varios modelos para medir el bienestar económico: ingresos, gastos y consumo, o la riqueza (concepto de stock frente a flujo), o incluso la combinación de varios indicadores como los ingresos, nivel de estudios o profesión. En general, la teoría económica prefiere el consumo, ya que se correlaciona mejor con el bienestar económico a largo plazo y los recursos. Sin embargo, el consumo muchas veces es difícil de medir, ya que requiere imputar el valor de los bienes y servicios consumidos por los que no se haya pagado, o los asociados a transacciones financieras medibles, como por ejemplo vivir en una casa propia. Cuando no existan datos para computar el consumo, la siguiente alternativa sería el gasto y después los ingresos. En otros casos, en los que los datos no permiten computar el consumo de los hogares o el gasto, se puede utilizar un índice de riqueza basado en los activos en propiedad. El índice de riqueza se correlaciona bien en muchos estudios que miden el consumo y el gasto, y también con el nivel de vida a largo plazo, por lo que en la práctica puede ser una mejor medida que la de los ingresos.

En las encuestas de hogares normalmente se miden los ingresos, el gasto y el consumo, que son los datos primarios para este tipo de distribución del gasto en salud. Llegados a este punto, es necesario tener en cuenta que se requieren datos de las encuestas de hogares, los cuales normalmente no es posible obtener utilizando la información generada por los proveedores.

En los estudios de los hogares se mide el consumo del hogar. El consumo total del hogar no es una buena medida del bienestar de cada uno de sus integrantes, ya que dependerá del número de individuos entre los que se reparte ese consumo. Por ello, hay que ajustar el consumo del hogar a su tamaño. Existen varios modelos para conseguirlo. Uno es considerar el valor del consumo per capita, que se obtiene dividiendo el consumo total del hogar por el tamaño del mismo. El problema de este modelo es que no tiene en cuenta las diferentes necesidades de consumo de los adultos y los niños, así como las economías de escala que los hogares pueden conseguir poniendo en común el consumo del hogar. Por dicha razón, los economistas han propuesto escalas de equivalencias, para ajustar el consumo del hogar teniendo en cuenta el tamaño y las edades. No existe una escala de equivalencias estándar que se utilice ampliamente en todas las organizaciones ni en la literatura sobre el tema. Algunas escalas de equivalencias son específicas de un país en particular y deben estimarse de manera separada. Las últimas directrices del Banco Mundial mencionan los diferentes métodos de computación estadística que se pueden utilizar (O'Donnell y col., 2008).

¹³ En los párrafos siguientes solo se presenta una dimensión del estatus socioeconómico. El estatus socioeconómico es un concepto más amplio, con muchas más dimensiones que los ingresos o el consumo, como por ejemplo la educación y el estatus laboral.

Por tanto, la mejor opción para una clasificación por estatus socioeconómico es el consumo, después el gasto, después el ingreso¹⁴ y finalmente el índice de riqueza. Sin embargo, dadas las dificultades para calcular el consumo personal, se utiliza el gasto o el ingreso del hogar.

Región geográfica

La OMS ha redactado unas directrices para calcular la distribución de los gastos por región geográfica (OMS, 2008b). En estas directrices se detalla cómo realizar los cálculos. En la práctica, en cada país las zonas se deben clasificar de forma independiente, teniendo en cuenta las necesidades políticas y la disponibilidad y viabilidad de los datos. En consecuencia, no es factible una clasificación estándar de regiones.

Sin embargo, hay que tener en cuenta dos cuestiones importantes. La primera es cómo se asigna el gasto a una persona. Existen dos alternativas. Una es asignarlos a las regiones según el lugar donde se preste el servicio médico, y la segunda es asignar los gastos según la región donde resida el beneficiario. Estas directrices recomiendan la última opción por coherencia con los límites y principios de las cuentas de salud generales (más información se puede encontrar en las directrices de la OMS). Sin embargo, en la práctica, los datos que se utilizan para repartir los gastos muchas veces se refieren al lugar donde se han producido, por lo cual la segunda alternativa no es factible. En dichas situaciones, a veces es necesario aplicar un enfoque más pragmático.

El segundo problema es el del tratamiento de los gastos de salud colectivos. En algunos estudios no se tienen en cuenta los servicios colectivos. Cabe pensar que podría influir poco en los gastos clasificados por diferentes regiones de beneficiarios, ya que solo se pueden prorratear entre todas las personas. Sin embargo, en la práctica puede haber variaciones entre diferentes regiones, ya que en la mayoría de los países los presupuestos son diferentes para cada región. Se recomienda que dichos estudios analicen completamente los gastos (HC.6 - HC.7), repartiéndolos por igual entre las poblaciones geográficas pertinentes.

Cuando se elaboran las cuentas regionales, se tienen que tener en cuenta todas las dimensiones de las cuentas de salud. Los responsables políticos querrán conocer los mecanismos financieros en cada región para poder resolver los problemas de desigualdad en las mismas. En algunas regiones pueden ser los hogares los que soporten la mayor carga de financiamiento o pago de los servicios de salud. También en algunas regiones se utilizan más unos esquemas de financiamiento que en otras. La información sobre el lugar donde se gastan los recursos también sirve a los responsables políticos para conocer los patrones del gasto por región, ya sea por proveedor o función (por ejemplo, productos farmacéuticos) lo cual puede servir para hacer un uso más eficaz de los recursos o distribuir mejor los fondos.

Cuando se clasifican los gastos por regiones es posible crear cuentas reales, que denominaremos cuentas regionales. Las dimensiones de las cuentas de la salud se computan por cada región, creándose las matrices de cada una de ellas (por

¹⁴ Las cuestiones sobre equivalencia o economías de escala, también se aplican a cómo medir el gasto o los ingresos

ejemplo, cruzando ingresos con regímenes, regímenes con funciones, etc.). Se recomienda utilizar estas matrices en la clasificación del gasto por regiones, que no es posible utilizar en la clasificación del gasto por beneficiarios.

Los gastos por regiones también se pueden ampliar a gastos de producción por cada región, dato que es interesante conocer para entender las capacidades de producción de las regiones a la hora de conceder subvenciones.

Posibles modelos metodológicos

El cálculo del gasto por beneficiario, con independencia del tipo de clasificación, en cualquiera de los casos requiere datos adicionales, además de los utilizados para crear las cuentas de la salud. Existen manuales complementarios que ofrecen directrices detalladas para realizar diferentes análisis de distribución del gasto y crear cuentas de salud en diferentes contextos y regiones. No obstante, en este capítulo se mencionan algunos principios básicos, para saber cómo calcular los gastos por beneficiario y cada uno de sus tipos.

A diferencia de los estudios que no están relacionados con las cuentas de la salud, las estimaciones de gasto por beneficiario basadas en el SHA adoptan, generalmente, lo que se ha denominado un enfoque de arriba hacia abajo (o modelo descendente). En este enfoque, primero se identifican los principales componentes del gasto en un sistema de salud (unidades de costo), y a continuación se utilizan otras fuentes de datos para distribuir cada componente del gasto entre la población, dependiendo de la clasificación de beneficiarios que se esté utilizando. El modelo descendente se puede comparar con el modelo ascendente (de abajo hacia arriba), que en general es utilizado en las cuentas específicas o estudios de costo de la enfermedad. El modelo ascendente se puede utilizar siempre que existan datos detallados de los pacientes, que se utilizan para calcular directamente los gastos según las diferentes características del paciente. En determinadas situaciones será necesario este modelo, pero debería utilizarse en apoyo del modelo descendente, lo cual se puede conseguir utilizando los datos sobre el paciente para conseguir tener una imagen del gasto general por características del paciente y aplicar la distribución resultante a los cálculos del gasto nacional, combinando de esta manera el modelo ascendente con el descendente.

La estrategia que se debe adoptar debe seguir los pasos siguientes:

- Identificar las áreas o componentes principales del gasto dentro del gasto nacional en salud que se ha notificado en las cuentas del SHA.
- Identificar las fuentes de datos idóneas que permitan desglosar cada área de gasto identificada según características del beneficiario.
- Utilizar las fuentes de datos identificadas como claves para distribuir el gasto según las características diferentes del beneficiario, por ejemplo, enfermedad, edad y sexo.
- Se puede definir un área o componente del gasto desde la perspectiva del proveedor, la función o el financiamiento. La elección dependerá de la característica del beneficiario y de los datos disponibles. En cada país la situación es diferente, por lo que no se hace ninguna recomendación general. Por ejemplo, en la mayoría de los países que participaron en el estudio Eurostat de gastos por edad, sexo y enfermedad, notificaron que la estimación por tipo de proveedor era la más factible (BASYS y col., 2006), porque los datos más relevantes eran los registros de los pacientes que habían generado los proveedores. Sin embargo, en un estudio comparable en los Estados Unidos (Roehrig y

col., 2009), una gran proporción de estimaciones se desarrollaron analizando los gastos por persona generados en un estudio de los hogares, que permitió una correlación directa con el estado de salud y otras características de las personas.

En general, los estudios de los gastos por enfermedad se basan en los datos generados por el proveedor, ya que estos tienden a estar codificados según el diagnóstico. Sin embargo, los análisis del gasto por diferentes estatus socioeconómicos se basan en los datos de los estudios de los hogares, porque solo en esos estudios se recogen y notifican datos sobre el estatus socioeconómico de un hogar.

Una vez identificada un área de gasto, se debe utilizar una fuente de datos para distribuirlos por características del beneficiario. Las fuentes de datos adecuadas servirán para construir claves de distribución del gasto. Por ejemplo, si la clave de distribución son los gastos de pacientes internados, se pueden utilizar grandes muestras de registros de pacientes para distribuir el gasto por diagnóstico. Lo ideal sería que los registros de estos pacientes incluyeran detalles pormenorizados de los gastos, pero hay muchos casos en que no ocurre así. En estos casos, habrá que calcular el costo de cada paciente con otros datos, como la duración de la estancia, los medicamentos administrados o los establecimientos hospitalarios utilizados.

El planteamiento básico mencionado anteriormente se presta a presentar el gasto por características del beneficiario y una dimensión ICHA. Aunque es muy deseable hacerlo, en la práctica, calcular la distribución del gasto por proveedor, función y esquema de financiamiento, es mucho más difícil y requiere más información. En concreto, requiere que los datos de los pacientes que se utilicen permitan codificar cada transacción en función de las tres dimensiones mencionadas. En la actualidad, muchas veces no es posible con el nivel de detalle utilizado en las principales características de las clasificaciones ICHA¹⁵, ni siquiera en las economías de la OCDE (BASYS y col., 2006). Sin embargo, este sería el objetivo a conseguir.

En situaciones en que la fuente principal de datos no permita la codificación de los gastos en las tres dimensiones de proveedor, función y financiamiento, una alternativa es utilizar una segunda fuente de datos para imputar la distribución del gasto en las dimensiones adicionales.

Cálculo del gasto por enfermedad

La mayor parte de los estudios realizados hasta la fecha han utilizado el método basado en la prevalencia, en el cual todos los costos por casos prevalentes de enfermedad durante un período determinado se agregan a los costos totales. Este es el planteamiento que se recomienda cuando se notifican los datos a escala internacional. Existen varios planteamientos para asignar el gasto a la enfermedad que utilizan diferentes unidades de análisis y que por ello se adaptan mejor para utilizarlos de formas diferentes (Rosen y Curler, 2009).

Una vez se haya completado el estudio de definición y se hayan obtenido los datos de utilización, los cálculos del costo médico por enfermedad, utilizando un

¹⁵ Las cuestiones sobre equivalencia o economías de escala, también se aplican a cómo medir el gasto o los ingresos

método basado en la prevalencia con una asignación de costos descendente, es un proceso bastante directo que se puede dividir en cuatro fases:

- 1) Seleccionar un año para analizar y evaluar el gasto nacional en salud.
- 2) Dividir el gasto nacional en salud en unidades de costo homogéneas – es decir, que muestren características similares de proveedor y función, por ejemplo.
- 3) Elaborar un mapa detallado de probabilidad (es decir, la distribución proporcional a través de todas las combinaciones de todas las dimensiones) basado en los datos de utilización de los servicios de salud obtenidos de las fuentes de datos recopiladas.
- 4) Multiplicar el gasto en salud por una unidad homogénea (del paso 2) con el mapa de probabilidad (del paso 3) para establecer el costo parcial de la tabla de enfermedad para esa unidad. Agregar tablas parciales por cada unidad para obtener el costo total de la enfermedad (OCDE, 2008).

Cálculo del gasto por región geográfica

La metodología descrita en este documento se debe utilizar para distribuir el gasto en salud por región de residencia. Se ha extraído del Manual para elaborar las cuentas regionales de salud de la OMS y se propone para los gastos de entidades nacionales, asignándolo a las regiones utilizando el planteamiento descendente. Sin embargo, cuando los gastos corresponden a organismos subnacionales y los datos se consiguen en ese ámbito, se recomienda utilizar el planteamiento ascendente para recopilar las estimaciones necesarias.

Cuando no existen datos subnacionales, los gastos se pueden distribuir utilizando variables sustitutivas (a veces llamadas “claves”) como indicadores de la distribución probable. En algunos casos, la suma de las estimaciones para la región no es igual al total nacional, que se piensa que es más exacto. Normalmente, se puede asumir que el “error” – la diferencia entre la suma regional y el total nacional – es proporcional en todas las regiones y se ajusta las cifras regionales correspondientemente. Por ejemplo, un estudio aislado del gasto en salud de los hogares en México se calibró según estimaciones nacionales a las que se había llegado con otros datos, obteniendo cifras estatales coherentes con el total nacional y reflejando las variaciones regionales que se encontraron en el estudio mismo. En otros casos, una cifra del gasto aproximada puede servir de indicador. Por ejemplo, en Sri Lanka, la administración provincial tiene sus propios presupuestos para los bienes médicos. Al mismo tiempo, el Ministerio de Sanidad, que compra los productos y los distribuye entre las provincias, es responsable de la mayor parte del gasto público en bienes médicos. El ministerio central no mantiene registros claros de cómo se distribuyen los productos, por lo que las cuentas de la salud de Sri Lanka distribuyen el gasto entre las provincias, asumiendo que la proporción entre gasto provincial y central es idéntico para todas las provincias. En otros casos, el indicador será alguna medida de los insumos o la producción. Por ejemplo, como la mano de obra es la responsable de una gran parte del gasto, las cifras regionales del gasto en personal de salud (preferiblemente salarios y si no, horas trabajadas) podría utilizarse para asignar el total nacional entre las regiones. El número de días de pacientes hospitalizados podría utilizarse para calcular el gasto nacional

en hospitales si no se conocen los costos por establecimiento. Algunos indicadores indirectos pueden ser más elaborados que un solo indicador. Por ejemplo, si se conocen los precios de varios insumos en una casilla de las cuentas nacionales, se puede desarrollar una especie de canasta de mercado como herramienta de distribución.

Distribuir el gasto por igual entre la población debe utilizarse como último recurso, salvo cuando se deseen aplicar medidas de salud para proteger a la población en su conjunto, de manera colectiva. En la práctica, la mayoría de los recursos de salud no se distribuyen entre la población a la que van destinados, por lo que con una distribución igual per capita no se llega a ninguna conclusión en términos de equidad, eficiencia o efectividad de los flujos financieros. Sin embargo, si no se dispone de un indicador mejor, este método se puede utilizar como solución temporal, a la espera de que las autoridades subnacionales desarrollen un sistema de control y evaluación mejor. Es evidente que la utilización de medidas sustitutivas limita las conclusiones a las que se pueden llegar con los resultados. Por ejemplo, cuando se utilizan los datos per capita para construir una de las dimensiones, no se puede llegar a ninguna conclusión con las distribuciones per capita. Cuando se utilizan indicadores de recursos, un análisis de la productividad puede no tener significado alguno. En cualquier caso, la medida sustitutiva se debe elegir cuidadosamente, porque de lo contrario puede distorsionar las cuentas regionales hasta el punto de que carezcan de significado (OMS, 2008b, 5.17-5.22).

Cálculo del gasto por estatus socioeconómico

El método siguiente se basa en el trabajo de la red EQUITAP, así como en los análisis de la red ECuity. Las cuentas de salud se deben utilizar para obtener los agregados totales del gasto por régimen de financiamiento, o por proveedor y función. Los datos del estudio de los hogares se deben utilizar para distribuir estos gastos por estatus socioeconómico (ES)¹⁶. Los principales agregados para hacer la distribución son: el gasto en salud de los hogares, del gobierno, de los seguros, las ONG y las empresas.

- Los datos del estudio de los hogares se utilizan normalmente para asignar los gastos en salud por quintiles de estatus socioeconómicos.
- La distribución de los subsidios públicos a los servicios de salud (utilizando el análisis de beneficios e incidencia) se computan a partir del cálculo de las subvenciones públicas a la atención ambulatoria y de internamiento. Cuando sea posible, la distribución se hace a escala provincial o regional utilizando los datos de los hogares y los datos de los costos por unidad de los hospitales. Solo se deben incluir los servicios de salud que reciban una subvención del presupuesto público (normalmente todos los servicios públicos de salud).

¹⁶ Cuando sea posible, los agregados deben ser a escala subnacional, si existen variaciones significativas entre regiones.

PARTE II

Capítulo 11

**Formación de Capital en
los Sistemas de Salud**

Introducción

Conocer las inversiones del sistema de salud en infraestructuras, maquinaria y equipos es muy importante para analizar y formular las políticas. A pesar de que los sistemas de salud siguen siendo un sector en el que la mano de obra es lo más importante, el capital ha ido adquiriendo una importancia cada vez mayor como factor de producción de servicios de salud en los últimos años. Es el caso, por ejemplo, de los equipos de diagnóstico y terapéuticos, así como de la expansión de la tecnología de la información, la informática o las telecomunicaciones. La disponibilidad de datos estadísticos sobre el capital es esencial para analizar la capacidad de producción de los sistemas de salud (es decir, si la capacidad es adecuada, deficiente o excesiva), lo cual es necesario a su vez para aplicar las políticas (por ejemplo, si existe un exceso de capacidad, el costo marginal de ampliar la cobertura será menor que si el sistema de salud está luchando por cubrir la demanda). La información sobre el capital podría servir también para calcular la productividad, la intensidad del capital y las tasas de retorno.

El resto de este capítulo presenta la definición de agregados de capital en los sistemas de salud, la identificación de los límites y los criterios de valoración, con una breve sección con algunas directrices para calcular la formación de capital. El capítulo incluye un ejemplo de una cuenta de capital para el SHA. En las partidas debajo de la línea de la cuenta de capital se incluyen datos de investigación y desarrollo en salud y de formación del personal de salud.

Definición de formación de capital bruto en el SHA

El agregado “formación de capital bruto¹” se mide sumando tres componentes:

- Formación bruta de capital fijo (por ejemplo, edificios de hospitales o ambulancias);
- Variaciones en inventarios (por ejemplo, vacunas en stock); y
- Adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos (por ejemplo, obras de arte)

La formación bruta de capital fijo es el componente más importante. Se define de la siguiente manera:

Formación bruta de capital fijo

La formación bruta de capital fijo en el sistema de salud se mide por el valor total de los activos fijos que los proveedores de servicios de salud han adquirido durante el período contable (menos el valor de la enajenación de activos) que se utilizan de forma repetida o continua durante más de un año en la producción

¹ El término “bruto” indica que la pérdida de valor debido al uso u obsolescencia no se tiene en cuenta. Una medida más exacta denominada formación “neta” de capital se puede obtener restando el valor del consumo de capital a la formación bruta de capital.

de servicios de salud. Los activos se definen como “una reserva de valor”, o un medio para arrastrar un valor de un período a otro. Conservando o utilizando los activos, el propietario puede acumular beneficios. Los activos fijos se crean durante el proceso de producción. Los activos se denominan “fijos” sólo si se pueden utilizar de forma repetida y continua durante más de un año en el proceso de producción. Los productos que sólo se pueden utilizar una vez (por ejemplo, el carbón), aunque físicamente sean no perecederos, no se consideran activos fijos. Ejemplos de activos fijos en el sector de la salud cabe citar, entre otros, los edificios de los hospitales, ambulancias y máquinas de imagenología médica.

Los proveedores de servicios de salud, según se definen en el capítulo 6, pueden adquirir activos fijos mediante su compra, intercambio o transferencias en especie. Los proveedores de servicios de salud también pueden enajenar los activos vendiéndolos, cambiándolos en trueque por otros o como transferencias en especie.

La formación bruta de capital fijo puede ser negativa, que ocurre cuando el valor de los activos enajenados supera el valor de los activos adquiridos.

Límites

Propiedad

El principio que rige el registro de la formación bruta de capital en las cuentas de salud es que los proveedores de servicios de salud posean legalmente los activos. Tan solo los activos que posean legalmente los proveedores de servicios de salud se incluyen en la formación de capital.²

El SHA registra el valor de los activos adquiridos, y enajenados, de todos los proveedores de servicios de salud salvo de aquellos clasificados en el resto del mundo. La exclusión de los proveedores del resto del mundo evita registrar los mismos activos en dos países.^{3,4} Es necesario prestar especial atención a los activos de los proveedores cuya actividad principal no sea la prestación de servicios de salud. Los activos utilizados de forma repetida o continua para la prestación de servicios de salud se deben incluir, con independencia de si dichos servicios de salud son la actividad principal del propietario. Por ejemplo, se deben incluir las ambulancias utilizadas de forma repetida y continua para el transporte de pacientes, aunque la actividad principal del propietario de la ambulancia sea la de servicios de taxi. Sin embargo, se debe excluir un taxi utilizado de forma ocasional, pero no repetida o continua, por el mismo propietario de transporte de pacientes. De la misma manera, las ambulancias aéreas se deben incluir incluso aunque la

² Una excepción al principio de propiedad legal es el del leasing financiero. En tal caso, el valor de los bienes de capital registrados como formación de capital del arrendatario al principio del período de leasing, aunque el arrendatario se convierta en el propietario legal del activo al final del período de leasing (véase cuadro 11.3).

³ Por ejemplo, si un hospital en Luxemburgo compra equipos diagnósticos que utiliza para hacer diagnósticos de pacientes de Francia, Bélgica o Alemania, la compra de activos se registra solo en Luxemburgo.

⁴ Por convención, todas las infraestructuras en un territorio económico son propiedad de la unidad residente, con independencia de si el propietario económico (o arrendatario en un leasing financiero) reside en el extranjero. Por ejemplo, si la construcción de un nuevo edificio (por ejemplo, un hospital nuevo) se financia con transferencias del extranjero, un proveedor de salud residente automáticamente queda establecido en el territorio económico a efectos estadísticos.

actividad principal del propietario sea la del transporte de pasajeros. También se incluye la adquisición de activos netos de capital de los minoristas de bienes médicos, ya que estos minoristas se consideran proveedores de servicios de salud en muchos países. Por ejemplo, en Suiza, los farmacéuticos pueden recomendar e incluso recetar medicamentos. En otros países, los farmacéuticos también pueden recomendar medicamentos a pacientes con tos, resfriados, dolores u otros asuntos relacionados con la salud, como alimentación sana o métodos para dejar de fumar. Se incluyen los productos de salud adquiridos por los hogares sólo en caso de que su costo se pueda reembolsar. Por ejemplo, los esquemas de financiamiento pueden reembolsar a los hogares la compra de una cama tipo de hospital o pueden cubrir completamente o parcialmente el costo de adaptar el vehículo para las personas con limitaciones de movilidad. Pueden surgir dudas a la hora de registrar el valor de los activos propiedad de los “Proveedores de financiamiento y administración del sistema de salud” (HP.7) y “Otros proveedores de servicios de salud” (HP.8) que sólo se pueden utilizar para la producción de otros servicios que no sean de salud. Por ejemplo, los edificios propiedad de las compañías de seguros se pueden utilizar indistintamente para producir servicios de seguros de salud y no de salud. En dichos casos, sólo se registra una parte del valor de los activos. Para ello, se aconseja registrar sólo la parte del valor de los activos que se puedan identificar mediante un esfuerzo que no resulte muy costoso.

Los activos propiedad de proveedores de servicios diferentes a la salud no se contabilizan en el SHA. Por tanto, los activos propiedad de los bancos y alquilados (leasing operativo) a los proveedores de servicios de salud no se registran en el SHA. Por ejemplo, una máquina IRM comprada por un banco (que es el propietario legal) y alquilada a un hospital sin intención de cambiar la propiedad, no se registrará en el SHA, ya que el banco no es un proveedor de servicios de salud.⁵

Momento del registro

Las adquisiciones y enajenaciones de activos fijos se registran cuando la propiedad es del proveedor de servicios de salud que intenta utilizarlos en el proceso de producción (en el caso de las adquisiciones) o del proveedor que los ha utilizado anteriormente en dicho proceso (en el caso de las enajenaciones). En general, es distinto al momento en que se producen los activos fijos. Ni tampoco es el momento en el que los activos se empiezan a utilizar en la producción de bienes y servicios de salud.

Excepciones

Las excepciones al principio de propiedad y cambio de propiedad legal son cuando los leasing financieros o cuando la construcción de los activos fijos se prolongan en el tiempo, como es el caso de los edificios de los hospitales (normalmente varios años).

El leasing financiero es una forma de contrato que permite a una parte (el arrendatario) utilizar el activo a cambio del pago de un alquiler. Durante el período

⁵ La disponibilidad de las máquinas IRM es una información importante que se puede registrar en las estadísticas de gastos de salud.

de arrendamiento, es responsabilidad del arrendatario reparar y mantener el activo. Al finalizar el período de arrendamiento, el arrendatario puede comprar el activo. En tal caso, el activo se registra como formación bruta de capital fijo del arrendatario al principio del período de arrendamiento y no al final del período de arrendamiento cuando se adquiere la propiedad legal (véase Cuadro 11.3 para distinguir entre leasing financiero y operativo).

Una excepción es cuando la construcción de los activos fijos se extiende a lo largo del tiempo y se cumplen las dos condiciones siguientes: se conoce el futuro propietario y los pagos se realizan durante el período de construcción. El futuro propietario se puede identificar antes de terminar la construcción, si el activo se produce bajo contrato de venta acordado anteriormente entre el productor y el futuro propietario. El contrato de venta puede prever pagos periódicos durante el período de construcción. En tales circunstancias, los pagos se pueden considerar como la compra de una parte del activo fijo y registrar como formación bruta de capital del futuro propietario. También se puede hacer así en el caso de que el valor del pago supere el valor del activo incompleto. En tal caso, esa parte del pago se puede considerar un anticipo.

Valoración

El valor de los distintos componentes de la formación bruta de capital se obtiene sumando las adquisiciones y restando las enajenaciones. Las adquisiciones incluyen todo el valor de los activos fijos comprados, adquiridos mediante trueque o recibidos como transferencias de capital en especie, más el valor de los activos fijos producidos por los proveedores de servicios de salud que conservan para su uso propio (como por ejemplo el software). Las enajenaciones incluyen el valor de los activos fijos existentes vendidos o entregados en trueque y las transferencias de capital en especie. El valor de los activos fijos comprados o producidos por los proveedores de servicios de salud y conservados para su uso propio incluyen activos nuevos, activos existentes, el valor de las mejoras de los activos y el costo de cambio de propiedad de los mismos. Las enajenaciones incluyen los activos que dejen de utilizarse como activos fijos por sus nuevos propietarios (por ejemplo, un hospital vendido por el gobierno local al gobierno central)⁶, los activos eliminados o demolidos por sus nuevos propietarios (por ejemplo, las ambulancias obsoletas) y los activos que se exportan.

Los activos adquiridos (o mejoras realizadas) se valoran a precios de adquisición, que incluye los costos de transporte e instalación y todos los costos de cambio de propiedad.

Tipo de activo

Una cuestión fundamental para los responsables de generar las cuentas nacionales es, “qué activos se deben incluir en las cuentas de salud”. Por ejemplo, si se incluyen o no se incluyen las ambulancias, los edificios o las computadoras. La identificación clara de los activos ayuda a los responsables de generar las cuentas

⁶ Cuando se produce una transferencia, el valor del activo originalmente atribuido al gobierno local se cancela de sus cuentas mediante una transferencia negativa de capital realizada a la entidad gubernamental (que se registra como asiento positivo en su cuenta).

Cuadro 11.1. Terminología

Diferencia entre formación bruta de capital (FBC) y formación bruta de capital fijo (FBCF)

La formación bruta de capital es la suma del valor de los tres componentes siguientes:

1. Formación bruta de capital fijo;
2. Variaciones en inventarios; y
3. Adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos.

Por tanto la formación bruta de capital fijo es uno de los tres componentes incluidos en un agregado denominado formación bruta de capital.

Consumo de capital fijo (CCF)

Según va pasando el tiempo, los bienes de capital van perdiendo su valor, debido a su uso u obsolescencia. Tomemos el ejemplo de una computadora personal, comprada en un momento determinado por 1.000 euros. Al cabo de tres años su valor en mercado es mucho menor y después de cinco años, no valdrá casi nada. La pérdida de valor de los productos de capital debido a su desgaste normal u obsolescencia se denomina Consumo de capital fijo o consumo de capital. El consumo de capital es un costo imputado, no real. En otras palabras, es un gasto que no se realiza en efectivo. El consumo de capital se añade a todos los demás costos de producción para estimar de forma indirecta el valor de la producción de no mercado. La medición indirecta es una aproximación necesaria para superar la falta de precios económicamente significativos en el sector de no mercado.

Diferencia entre formación de capital y consumo de capital fijo (CCF)

La formación de capital identifica el valor de los activos adquiridos durante el período contable (por ejemplo, ambulancias compradas nuevas, o nuevos hospitales construidos durante ese período), mientras que el consumo de capital fijo se refiere a la pérdida en valor (por el uso y desgaste normal u obsolescencia) de todo el stock de capital existente (que incluye no solo los activos nuevamente adquiridos, sino de todos los que todavía están disponibles, con independencia del momento que se adquirieron por primera vez).

Diferencia entre formación bruta y neta de capital

Una medida más concreta del valor que se ha añadido al stock de capital existente en el período contable debe tener en cuenta la pérdida de valor de los bienes de capital existentes que se ha producido por uso y obsolescencia. Dicha medida, denominada formación neta de capital, se obtiene restando el valor de consumo de capital a la formación bruta de capital.

Inversión

Aunque la formación bruta de capital se considera una inversión, no todas las inversiones se pueden clasificar como formación bruta de capital. Por ejemplo, la compra de un producto financiero es una inversión, aunque no se incluye en la formación bruta de capital.

nacionales y mejora la capacidad de comparación internacional de los datos. En la tabla 11.1 se incluye un listado de categorías de activos cuyo valor se debe incluir en el agregado formación bruta de capital fijo. La clasificación de los tipos de activos se usa fundamentalmente para identificar los bienes y servicios de capital que hay que notificar.

La clasificación de los bienes de capital de la salud por tipo de activo da a los responsables políticos información sobre la naturaleza de los equipos, maquinaria, edificios, etc. Esta información es de utilidad porque la tecnología de los activos afectará la duración prevista de los mismos. Por ejemplo, las inversiones en edificios para hospitales es probable que duren más tiempo que las inversiones en equipos de transporte, y la de equipos de transporte más que la de dispositivos ICT. Una clasificación de activos también puede servir a los analistas para mejorar la capacidad de comparación internacional, y facilita poder relacionarlos con las estadísticas de otros conceptos que no sean gastos (por ejemplo, el número de camas, número de escaneos). De hecho, como ocurre con el gasto corriente en salud, que la clasificación funcional permite identificar los agregados que se pueden comparar, la clasificación de activos de formación bruta de capital fijo permite crear categorías que se puedan comparar de forma directa. Por ejemplo, lo que se gasta en equipos médicos se puede comparar mejor que lo que se gasta en inversiones hospitalarias.

Tabla 11.1. **Clasificación de formación bruta de capital fijo en los sistemas de salud por tipo de activo**

HK.1.1.1 Infraestructura
HK.1.1.1.1 Edificios residenciales y no residenciales
HK.1.1.1.2 Otras estructuras
HK.1.1.2 Maquinaria y equipos
HK.1.1.2.1 Equipos médicos
HK.1.1.2.2 Equipos de transporte
HK.1.1.2.3 Equipos IIT
HK.1.1.2.4 Maquinaria y equipos n.e.p.
HK.1.1.3 Productos de propiedad intelectual
HK.1.1.3.1 Software y bases de datos
HK.1.1.3.2 Productos de propiedad intelectual n.e.p.

Fuente: IHAT para SHA 2011.

HK.1.1.1 Infraestructura

La infraestructura en el sistema de salud incluye dos componentes: “Edificios residenciales y no residenciales” y “Otras estructuras”.

HK.1.1.1.1 Edificios residenciales y no residenciales. En esta categoría se incluyen los edificios residenciales y no residenciales adquiridos (menos los enajenados) por los proveedores de servicios de salud. Por ejemplo los establecimientos de atención residencial y centros de enfermería, hospitales, establecimientos ambulatorios. Los edificios residenciales y no residenciales de los proveedores de salud se incluyen en las subcategorías de edificios residenciales de vivienda colectiva (53112 en CPC ver.2.), edificios comerciales (53122) y otros edificios no residenciales (53129).

HK.1.1.1.2 Otras estructuras. Otras estructuras son estructuras adquiridas que no sean los edificios (menos las enajenadas) por los proveedores de servicios de salud, por ejemplo, las pistas de aterrizaje de los helicópteros utilizados para casos de emergencia (Pistas de despegue 53213 en CPC ver.2.), los hangares y espacios similares, siempre que no estén incluidos en el edificio.

HK.1.1.2 Maquinaria y equipos

La maquinaria y equipos abarca los equipos médicos, equipos de transporte, equipos de información, informáticos y telecomunicaciones (ICT), así como otro tipo de maquinaria y equipos no clasificados en ninguna otra parte. Como se ha explicado anteriormente, la maquinaria y equipos arrendados se registran en formación de capital de los proveedores de salud en caso de que sean leasing financieros exclusivamente (es decir, el proveedor se convertirá en el propietario de los activos). En caso contrario, los activos utilizados por los proveedores de servicios de salud como leasing operativo no se registran como formación de capital del usuario, ya que la propiedad de los activos es el principio en el que se basa la decisión de incluir o excluir los activos. Las herramientas que no tengan un costo muy alto y que se compren con una frecuencia relativamente constante, como las herramientas de mano, se consideran consumo intermedio y por tanto se excluyen de la formación de capital. También se excluye la maquinaria y equipos integrados en un edificio.

HK.1.1.2.1 Equipos médicos. Los equipos médicos comprenden los activos utilizados para el diagnóstico, control o tratamiento de las enfermedades. Por ejemplo: equipos diagnósticos (máquinas de ultrasonido y IRM, escáneres PET y CT, máquinas de rayos X), equipos terapéuticos (bombas de infusión, láseres médicos y máquinas LASIK quirúrgicas), equipo de mantenimiento de vida (ventiladores médicos, máquinas corazón-pulmón, ECMO y máquinas de diálisis), monitores médicos (por ejemplo, ECG, EEG, presión sanguínea) o robots miniatura empleados para realizar intervenciones quirúrgicas complejas; equipos de laboratorio (dispositivos de análisis de sangre) y camas tipo hospital, se pueden incluir en esta categoría.

HK.1.1.2.2 Equipos de transporte. Los equipos de transporte comprenden equipos para desplazar a los pacientes, órganos y personal de salud. Por ejemplo vehículos de carretera (ambulancias de carretera, vehículos de transporte de pacientes, coches de transporte de pacientes, coches de respuesta rápida y coches utilizados por el personal de salud en las campañas de vacunación) y ambulancias aéreas (de alas fijas o giratorias). En algunos casos específicos, podría incluir las ambulancias acuáticas (barcos) o motocicletas y bicicletas para una respuesta rápida en zonas urbanas. Las clínicas de salud móviles también se incluyen en esta partida. En CPC ver.2, los equipos de transporte de los proveedores de salud estarán clasificados en coches a motor y otros vehículos a motor principalmente diseñados para el transporte de personas (49113), Vehículos de motor para casos especiales n.e.p. (49119), Aeroplanos y helicópteros (4962) y Otras estructuras flotantes (49390).

HK.1.1.2.3 Equipos IIT. Los equipos de información, informáticos y de telecomunicaciones (IIT) comprenden dispositivos que utilicen controles electrónicos, así como componentes electrónicos incorporados en los mismos. En

el sistema de salud, los dispositivos IIT se pueden utilizar para prestar servicios en los que la distancia sea un factor determinante, como por ejemplo cuando los profesionales de salud intercambian información para un diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones, para trabajos de investigación y evaluación y para la formación continua de los proveedores. Además, los dispositivos IIT se pueden utilizar en la administración de los mismos. Las subcategorías pertinentes del CPC ver.2 para los equipos ICT son: desde la 4522 a la 4525, desde la 45261 a la 45269, 4527, 45281 y 45289.

HK.1.1.2.4 Maquinaria y equipos no clasificados en otra parte. Entre la maquinaria y equipos no clasificados en otra parte cabe citar, por ejemplo, los equipos de cocina utilizados para preparar las comidas a los pacientes y los circuitos cerrados de televisión (CCT) utilizados para labores de seguridad en los establecimientos de salud.

Cuadro 11.2. **Diferencia entre formación bruta de capital (FBC) y consumo intermedio**

Los proveedores de servicios de salud requieren una serie de bienes y servicios que utilizan como insumos para la prestación de servicios de salud. Algunos bienes y servicios se utilizan completamente (por ejemplo, electricidad, agua, combustible, mascarillas quirúrgicas, ropa de protección). Otros productos se transforman o incorporan en el servicio final prestado a los usuarios (por ejemplo, vendas). Aquellas categorías de bienes y servicios cuya vida económica finaliza dentro del período contable se clasifican como consumo intermedio. Como tal, se registran en los factores de provisión (véase capítulo 9).

Esos bienes y servicios difieren significativamente de otros insumos que se utilizan de forma repetida o continua durante más de un año en la producción de servicios de salud, por ejemplo, la infraestructura hospitalaria, ambulancias de carretera, máquinas IRM. Sólo esta categoría se clasifica como formación de capital.

HK.1.1.3 Productos de propiedad intelectual

Los productos de propiedad intelectual son el resultado de la investigación, desarrollo o innovación que aporta conocimiento que los desarrolladores pueden comercializar o utilizar en beneficio propio en la producción, pero el uso de dichos conocimientos está limitado por medios legales o de otro tipo.

Los productos de propiedad intelectual pueden ser producidos por los proveedores de servicios de salud por su propia cuenta. Ejemplos de propiedad intelectual son el software y las bases de datos, resultado de un trabajo de investigación y desarrollo.

HK.1.1.3.1 Software y bases de datos. El software comprende programas informáticos, descripciones de programa y material de apoyo de los sistemas y

aplicaciones. Las bases de datos comprenden los archivos de datos organizados de tal manera que permitan el acceso efectivo y uso de los datos.

Debido a la naturaleza específica de la investigación y desarrollo, así como las dificultades metodológicas relativas a la estimación de esta partida específica, el SHA 2011 no tiene en cuenta el gasto en IYD como inversión, y por tanto no se incluye en la formación de capital de la salud. La IYD en salud se notifica por separado como partida debajo de la línea. Esto constituye una diferencia con respecto al SCN 2008.

Tratamiento de casos específicos

En general, el conjunto de bienes de capital adquiridos por los proveedores de servicios de salud se produce fuera del sector de la salud (bien por otros sectores de la economía nacional o en el extranjero). La principal excepción es la producción de software específico. En este caso, si el software desarrollado por el proveedor de salud es adquirido por unidades que no se pueden clasificar como proveedores de salud, dicha producción se debe considerar como producción secundaria no de salud y, por lo tanto, queda fuera de los límites del SHA. En caso contrario, el valor del software se registrará en el proveedor de servicios de salud que lo ha adquirido.

Por razones prácticas, sería aconsejable excluir la formación de capital de los proveedores de servicios de administración y financiamiento del sistema de salud, cuando su actividad esté integrada en unidades más grandes, en las cuales la administración de la salud no es la actividad predominante, o cuando sea imposible identificar los bienes de capital utilizados específicamente para la administración de la salud. Por ejemplo, la compra de un nuevo edificio por una compañía de seguros que ofrece seguros personales de todo tipo, no solo seguros médicos. Sería aconsejable registrar el valor de la parte de los activos utilizados para la prestación de los servicios del seguro médico, siempre que se pueda calcular. Un principio similar se puede aplicar para registrar la formación de capital de los proveedores de servicios de salud clasificados en “Otros proveedores de servicios de salud” (véase capítulo 6), ya que la prestación de servicios de salud no es su actividad predominante. Para aclarar este punto, pongamos el ejemplo de dos aerolíneas. La primera solo se dedica al transporte de pacientes, mientras que en la segunda su actividad principal es el transporte de pasajeros, pero también atiende emergencias médicas y transporta órganos. Si ambas compañías compran helicópteros para realizar los mismos servicios de salud, ambas adquisiciones se registran en el SHA, aunque la actividad principal es el transporte de pacientes en una compañía y una actividad secundaria en la otra. En otras palabras, el principio para incluir las unidades económicas en HP.8 es registrar la adquisición de aquellos activos utilizados para prestar los servicios de salud exclusivamente, incluso aunque la prestación de servicios de salud sea una actividad secundaria del proveedor.

Bienes inmuebles propiedad de los no residentes

La formación de capital por los proveedores extranjeros (es decir, los proveedores incluidos en el resto del mundo) se registra en las cuentas del país de residencia del proveedor. Por ejemplo, a pesar de que algunos ciudadanos franceses utilicen servicios de salud de hospitales de Luxemburgo, Francia no registra la adquisición

de activos de los hospitales de Luxemburgo, ya que dichas adquisiciones ya se registran en ese país.

Además, por convenio, los bienes inmuebles como los edificios de los hospitales se considera que pertenecen al territorio económico, sin tener en cuenta el lugar de residencia del propietario. Si el propietario legal (o arrendatario en un leasing financiero) de un bien inmueble no lo capacita como residente, se crea una unidad estadística artificial en el territorio económico. Por ejemplo, el edificio del American Hospital en París es un bien inmueble del territorio económico francés, que por convenio genera una unidad estadística (un proveedor de salud del SHA) en Francia, sin tener en cuenta si el propietario del edificio reside en Francia.

Herramientas relativamente baratas

Las herramientas usadas como instrumentos médicos que son relativamente baratos y que se compran de forma constante, como las herramientas de mano, se pueden excluir de la formación bruta de capital y se considera consumo intermedio (por ejemplo, estetoscopios, termómetros). En una serie de sistemas estadísticos, se establece un límite para discriminar consumo intermedio y formación de capital.⁷ Aunque esta estrategia sería recomendable para el SHA también, en este manual no se ha propuesto ningún valor límite, y se deja a decisión de los encargados de generar las cuentas nacionales. Si se inicia una nueva actividad, los costos de adquisición de grandes cantidades de herramientas relativamente baratas podrían ser muy altos. En tales casos, se deberían registrar en formación de capital.⁸

Maquinaria y equipos integrados en los edificios

La maquinaria y los equipos integrados en los edificios no se notifican separados del valor del edificio mismo. Por ejemplo, si se registra un hospital nuevo, el valor de los ascensores instalados se incluye en el valor de la estructura.

Activos fijos existentes

Los bienes de capital adquiridos por el proveedor de servicios de salud no necesariamente son de nueva producción. Aunque los activos que tienen una vida larga cambien de manos, continúan cumpliendo su función de activos fijos para los nuevos propietarios. Por ejemplo, un hospital que se convierta en hotel o vice versa. Por tanto cuando la propiedad de un activo fijo cambie, el valor del activo vendido, en trueque o transferido se registra como formación bruta de capital fijo negativa por el anterior propietario y como formación bruta de capital fijo positiva por el nuevo. El valor de la formación bruta de capital fijo positivo registrado por

⁷ ESA95 sugiere un umbral para distinguir entre formación de capital y consumo intermedio (véase ESA95 10.9). Por tanto, las herramientas y dispositivos se registran como formación de capital fijo y el precio de compra supera los 500 euros (a precios de 1995) por artículo (o, cuando se compre en cantidades, por la cantidad total pagada). Si el valor no supera ese límite, se registran en consumo intermedio. Otro ejemplo son los límites establecidos por el gobierno escocés para la notificación del NHS en Escocia. Se fijó un límite de 5.000 libras esterlinas de capitalización para activos individuales, aunque los activos de menor valor se podían capitalizar si formaban parte de un conjunto, cuyo valor no podía superar las 20.000 libras esterlinas, incluido el IVA que no era recuperable (SEHD, 2008).

⁸ Por ejemplo, las gafas utilizadas en los laboratorios se consideran herramientas baratas y por tanto se registran en consumo intermedio, incluso aunque se utilicen de forma repetida y continua. Sin embargo si se compra una determinada cantidad de gafas al principio, la adquisición se registra como formación de capital.

el comprador normalmente supera el valor de la formación bruta de capital fijo negativa registrado por el vendedor, por el valor de los costos de cambio de propiedad incurridos por el comprador (por ejemplo, impuestos). En términos generales, se pueden dar dos casos de relevancia:

- Ambas unidades intercambian activos que pertenecen al sistema de salud. Por ejemplo, es el caso de un hospital vendido por un municipio a la administración central. En este caso se anotaría un asiento negativo en el proveedor de servicios de salud que vende el activo (el municipio); y un valor equivalente se anotaría en positivo en el proveedor que compra el hospital (administración central). El proveedor que compra hará una entrada adicional en costos de propiedad (por ejemplo, impuestos por el cambio de propiedad) en el proceso de compra. En consecuencia, el valor total de la formación bruta de capital para todo el sector de la salud aumenta solo por los costos de cambio de propiedad, ya que la suma de las entradas positivas y negativas mencionadas anteriormente dan cero.
- Una de las unidades pertenece al resto de la economía o resto del mundo: el valor del activo adquirido o enajenado por el proveedor de servicios de salud se registrará como se ha mencionado anteriormente. Sin embargo, el valor total de la formación bruta de capital para el sector salud aumenta o disminuye en el mismo importe. Hay que destacar que, en el caso de bienes inmuebles (es decir, edificios), vendidos por una unidad residente a una unidad residente en el extranjero, por convenio se crea una unidad estadística en el territorio económico donde está ubicado el bien inmueble – para representar la unidad extranjera.

Mejora de los activos fijos existentes

Los establecimientos de servicios de salud pueden tener una vida útil de hasta 50 años o más. Sin embargo, para mantener el activo fijo en buen estado o para aumentar su rendimiento o capacidad productiva, son necesarias renovaciones y obras de acondicionamiento. Dependiendo de su naturaleza, algunos gastos de este tipo se consideran de mantenimiento y por tanto se registran como consumo intermedio, mientras que otros se pueden registrar como formación bruta de capital fijo. Distinguir entre mantenimiento ordinario y formación de capital no es fácil. El mantenimiento ordinario y las reparaciones se pueden identificar de dos formas:

- Son actividades que se realizan de forma periódica para mantener el activo fijo apto para el servicio a lo largo de su vida. El propietario o usuario del activo no puede elegir si tiene o no tiene que realizar el mantenimiento ordinario y reparación si el activo en cuestión tiene que seguir utilizándose en la producción.
- El mantenimiento ordinario y reparación no cambia el rendimiento del activo fijo, la capacidad productiva o vida prevista de servicio. Mantienen el perfecto estado de funcionamiento, si es necesario sustituyendo componentes defectuosos por otros nuevos de la misma clase.

Cuadro 11.3. Propietarios y usuarios de activos fijos

Cada activo tiene un propietario y un usuario, aunque en muchos casos los papeles coinciden. El **propietario** es la unidad económica que tiene la propiedad legítima del activo, mientras que el **usuario** es la unidad con derecho a utilizar el activo en el proceso de producción, aunque el activo legalmente sigue siendo propiedad del propietario. La distinción es pertinente cuando los activos se alquilan. Por ejemplo, un helicóptero ambulancia podría ser propiedad de una empresa que lo alquile a un proveedor de servicios de salud que lo utiliza para operaciones de rescate. La distinción es importante, ya que implica la inclusión o exclusión de los activos del Sistema de Cuentas de Salud.

Se identifican dos tipos de leasing: leasing operativo y leasing financiero.

En el *leasing operativo* el arrendatario (usuario) adquiere el derecho de uso del activo durante un período de tiempo determinado, que no se define necesariamente con antelación. Para adquirir el derecho de uso del activo el arrendatario paga un alquiler al arrendador (propietario). El alquiler tiene que ser de cuantía suficiente para cubrir i) cualquier costo directo incurrido por el propietario, incluidos los costos de mantenimiento del activo, ii) cualquier reducción en el valor del activo a lo largo de un período de tiempo, y iii) los costos de los intereses sobre el valor del activo al comienzo del período. El período de arrendamiento normalmente no cubre toda la vida económica del activo. Durante el período de arrendamiento, es responsabilidad del arrendador (propietario) hacer las reparaciones y mantenimiento necesario del activo. Cuando vence el período de arrendamiento, el activo vuelve al arrendador (propietario) en el mismo estado que cuando se alquiló, aparte del desgaste normal. El arrendador puede alquilar el activo a otro arrendatario o utilizarlo de cualquier otra forma. El activo se registra en la hoja de balance del arrendador durante toda su vida económica. En este caso, el activo se registra como formación bruta de capital fijo del arrendador.

El segundo tipo de leasing es el *leasing financiero*. En esta forma de contrato, el arrendatario adquiere el derecho de uso del activo a cambio de una renta durante un período predeterminado. Sin embargo, en este caso el período de leasing cubre toda, o la mayor parte, de la vida económica del activo. Al finalizar el período de leasing el arrendatario tiene la opción de comprar el activo. Todos los riesgos y beneficios de la propiedad, de facto aunque no de jure, pasan del arrendador al arrendatario. En concreto al responsable arrendatario (usuario) de reparar y mantener el activo. En este caso, cuando se adquiere, el activo se registra como formación bruta de capital fijo del arrendatario.

En el SCN, se hace una distinción entre los conceptos de propiedad legal y económica. El propietario legal de un activo es la unidad institucional con derecho por ley, en base a la cual, puede reclamar los beneficios asociados al activo. Por el contrario, el propietario económico de los activos es la unidad institucional autorizada a reclamar los beneficios asociados al uso del activo en cuestión en el curso de una actividad económica, en virtud de haber aceptado los riesgos asociados. Por tanto, en el SCN, la propiedad económica se transfiere del arrendador

Cuadro 11.3. Propietarios y usuarios de activos fijos (contd.)

al arrendatario en caso de leasing financiero, pero no en el leasing operativo. Puede surgir alguna confusión en el significado del término usuario: algunos autores interpretan la actividad del arrendador como un uso del activo y por tanto emplean el término “usuario” para identificar al arrendador. En este contexto, el término usuario identifica exclusivamente la unidad económica que utiliza los activos en el proceso de producción (el arrendatario).

Para que sea formación bruta de capital fijo, las mejoras en los activos fijos existentes deben producir cambios significativos en las características de los activos fijos existentes. Se deben cumplir los criterios siguientes:

- La decisión de renovar, reconstruir o ampliar un activo fijo es una decisión de inversión deliberada que se puede adoptar en cualquier momento, incluso cuando el bien en cuestión está en buen estado de funcionamiento y no necesita reparación.
- Las renovaciones importantes, reconstrucciones o ampliaciones aumentan el rendimiento o capacidad productiva de los activos fijos, o aumentan significativamente su vida de servicio prevista anteriormente, o ambos.

Cuadro 11.4. Costo de uso, mantenimiento, consumo y rendimiento de capital

El costo total por utilizar un activo fijo en la producción se puede medir por el costo de alquiler del mismo. El alquiler puede ser real, si el activo es alquilado, o imputado, si el activo es propiedad del usuario (véase SCN 2008, 6.245). El alquiler (real o imputado) tiene que ser el suficiente para cubrir:

- Los costos directos incurridos por el propietario, incluidos los costos de mantenimiento del activo;
- Los servicios de capital que produce el activo, que a su vez incluyen dos categorías:
- El consumo de capital fijo: la disminución, durante el período contable, del valor corriente de los activos fijos resultado del deterioro físico, obsolescencia normal y daño accidental normal:

El rendimiento del capital fijo: los costos de interés sobre el valor del activo al inicio del período. Los costos de interés pueden consistir en el interés real pagado sobre los fondos solicitados como préstamo o la pérdida de interés incurrida como resultado de la inversión de fondos propios en la compra de un activo fijo en vez de un activo financiero.

Por tanto el costo de uso del activo de capital es superior al consumo del capital fijo solo.

Nota: El alquiler real es el importe a pagar por el usuario de un activo fijo a su propietario, bajo un leasing operativo o contrato similar, por el derecho de uso del activo en la producción durante un período de tiempo especificado. Cuando el activo se alquila bajo un leasing operativo o contrato similar, el alquiler se registra en consumo intermedio como la compra de un servicio producido por el arrendador.

Costos de adquisición y enajenación de activos

En la compra de un activo intervienen abogados, o se tienen que pagar impuestos. Estos trámites complejos podrían acarrear costos significativos asociados a la entrega e instalación que no estaban incluidos en el precio de compra. Todos los costos asociados a la adquisición y enajenación de activos se consideran costos de cambio de propiedad y se tratan como formación bruta de capital fijo.

Leasing financieros

Un leasing financiero (también denominado arrendamiento financiero) es un contrato entre dos partes: el arrendatario (en este caso el proveedor de servicios de salud) y el arrendador (por ejemplo, una compañía financiera o un banco). Las condiciones del arrendamiento son tales que el arrendador compra los activos (como una máquina IRM) y por tanto es el propietario legal, pero el arrendatario asume los riesgos económicos y la recompensa por el uso del activo en el proceso de producción. A cambio, el arrendatario paga una serie de rentas o plazos por el uso de dicho activo. Las rentas pagadas por el arrendatario cubren una gran parte o la totalidad del costo del activo incurrido por el arrendador más un monto adicional. Al final del período de arrendamiento, el arrendatario tiene la opción de adquirir en propiedad el activo (por ejemplo, pagando el último alquiler, o negociar un precio de opción de compra). El arrendatario se convierte en el propietario económico del activo incluso aunque el arrendador siga siendo el propietario legal. En el SHA, el activo (por ejemplo, la máquina IRM) se registra como adquirida por el arrendatario (por ejemplo, un hospital). Esto significa que el valor del activo se registra como formación de capital del arrendatario al principio del arrendamiento. Los pagos bajo el contrato de arrendamiento se consideran devoluciones del principal de un préstamo, de los intereses y posiblemente de los costos del servicio. Por tanto, los pagos no se registran en la cuenta de capital.

Activos producidos por asociaciones públicas-privadas o acuerdos similares

El término asociación pública-privada incluye una amplia variedad de formas y regímenes diferentes. En el sistema de salud, el término asociación pública-privada con frecuencia se refiere a un contrato de concesión. Una concesión otorga a una compañía la responsabilidad completa de la prestación de servicios de un activo, incluidas las actividades operativas, aunque en general no incluye los servicios clínicos. Un ejemplo típico de asociación pública-privada en el sistema de salud sería un edificio de hospital financiado y construido por un promotor privado y después alquilado a la autoridad hospitalaria. El promotor privado actúa de propietario arrendador, que presta los servicios de limpieza y otro tipo de servicios no médicos, mientras que el hospital presta los servicios clínicos. Regímenes similares son la iniciativa de financiamiento privada (IFP) o el régimen de Construir, Poseer, Operar, Transferir (CPOT), originalmente utilizado en el Reino Unido y ahora adoptado en otros países. Otra forma de asociación pública-privada es la denominada “contrato de mejora del rendimiento energético (CMRE)”. El CMRE es un acuerdo por el que una compañía es contratada por un proveedor de salud para mejorar los equipos de energía (como por ejemplo las calderas y los sistemas de iluminación) con unos dispositivos técnicamente más avanzados y eficientes.

La empresa contratada financia la modernización del equipo, que se convierte en la propietaria de los proveedores de servicios de salud. El ahorro en facturas de energía como consecuencia del equipo más eficiente se reparte entre el proveedor de servicios de salud y la compañía durante la duración del contrato.⁹ En dichos regímenes no siempre está claro quién es el propietario legal del activo durante el tiempo que dura el contrato. Este punto es objeto de un amplio debate contable, con expertos tratando de identificar la mejor solución posible para registrar dichos activos. Mientras se alcanza una conclusión, se propone una solución temporal en el SHA 2011, es decir, se debe cumplir una de las siguientes condiciones:

- Si el propietario se considera un proveedor de salud, el activo se registra en el SHA;
- Si la adquisición del activo se interpreta como una forma de arrendamiento financiero del proveedor de salud y se puede considerar como tal, el valor total del activo se registra al principio del período del contrato.

Variaciones en inventarios y adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos

Aunque la formación bruta de capital fijo constituya el componente más importante de la formación de capital en los sistemas de salud, también hay que tener en cuenta los dos componentes adicionales: a saber, las variaciones en inventarios y las adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos.

Variaciones en inventarios

Las variaciones en inventarios se miden por el valor de las entradas en inventarios menos el valor de las salidas y menos el valor de cualquier pérdida recurrente de productos en inventario durante el período contable.

Los inventarios son activos producidos que entraron en existencia en el período contable o durante un período anterior, y que se encuentran en posesión de los proveedores de salud para su venta, uso en producción u otro uso en una fecha posterior. Por razones prácticas, recomendaríamos que en el SHA 2011 sólo se tuviera en cuenta el gasto en inventarios de considerable valor, como el almacenamiento de bienes médicos y equipos para utilizar en caso de catástrofes. Con la finalidad de simplificar las estimaciones, las variaciones en inventarios de los proveedores de servicios de salud para sus actividades ordinarias (por ejemplo, el valor de los productos farmacéuticos guardados en los hospitales) se pueden pasar por alto, asumiendo que el valor al principio del período contable es igual al valor al final del mismo período.

Trabajos en curso

El trabajo en curso comprende la producción de una empresa que no está suficientemente procesada en el estado que normalmente se entrega a otras unidades institucionales. El trabajo en curso que se registra en los inventarios se refiere a cualquier producción no completa al final del período contable. Las únicas

⁹ La mejora del sistema de calefacción central en el Bulovka Teaching Hospital en Praga es un ejemplo de “contrato de mejora del rendimiento energético” (CMRE).

excepciones para registrar el trabajo incompleto como trabajo en curso son los proyectos completados parcialmente los cuales el propietario final se considera ha adquirido la propiedad, bien porque la producción es para uso propio o porque lo demuestre la existencia de un contrato de compraventa. Es el caso por ejemplo de la construcción de un hospital, que puede durar años en finalizar: si el propietario final se considera ha asumido la propiedad, el valor parcial del activo se registrará como formación de capital en vez de variaciones en inventarios.

Adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos

Los objetos valiosos son bienes producidos de considerable valor (por ejemplo, obras de arte) normalmente mantenidas como una reserva de valor a lo largo del tiempo. Aunque una obra de arte no es un componente básico en la prestación de servicios de salud, algunos proveedores las han adquirido porque parece que influyen en el tratamiento de determinadas enfermedades o patologías.

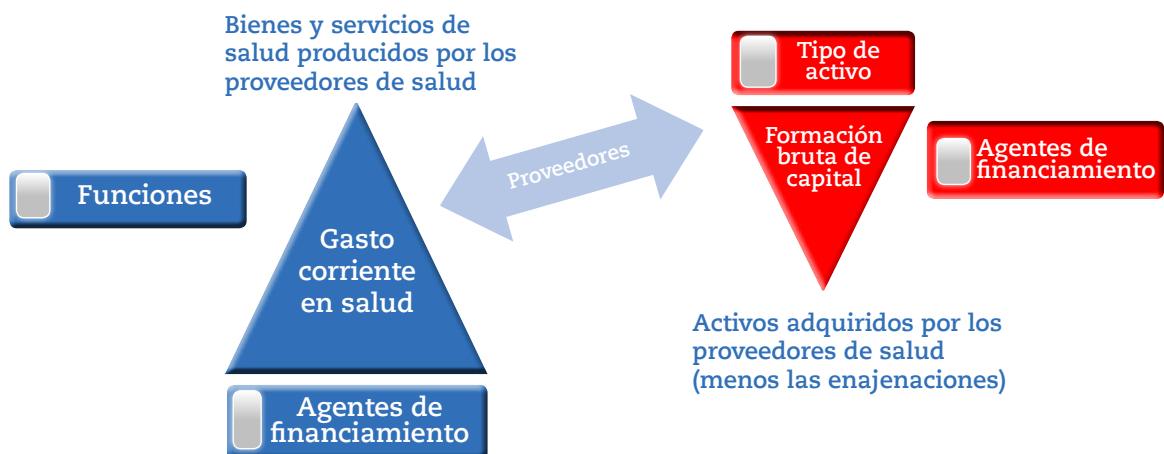
En algunos países (como en el Reino Unido), se ven cada vez más obras de arte en los establecimientos de atenciones de larga duración de personas mayores, así como en los centros para personas jóvenes con discapacidades físicas, centros de salud mental y ambulatorios, pacientes de reumatología, pacientes de diálisis y los que necesitan cuidados paliativos.

Diferentes enfoques para calcular la formación bruta de capital

Tres perspectivas para el análisis de la formación de capital en salud

El gasto corriente en salud se puede analizar desde al menos tres puntos de vista (función, financiamiento y provisión). La formación de capital también se puede analizar desde tres perspectivas como mínimo (véase Figura 11.1): los proveedores que adquieren los bienes de capital, los agentes de financiamiento que financian la adquisición de los activos y el tipo de activos (por ejemplo, maquinaria, equipos médicos, edificios y equipos de transporte).

Gráfico 11.1. **Gasto corriente en salud y formación bruta de capital en SHA**



Fuente: IHAT para SHA 2011.

Sin embargo, hay que destacar las siguientes diferencias:

- Como se ha mencionado anteriormente, en lo que se refiere al gasto corriente en salud, los proveedores de servicios representan la perspectiva de la oferta. Cuando se analiza la formación de capital, representan el lado de la demanda.
- Los límites del gasto corriente en salud y los de la formación de capital son diferentes, ya que los productos que se incluyen en un agregado, no están incluidos en el otro.
- Los productos incluidos en el gasto corriente en salud se clasifican utilizando la clasificación funcional de los bienes y servicios de salud consumidos por la población residente, mientras que los bienes de capital es mejor clasificarlos por tipos de activos (véase tabla 11.1).
- Los agentes que financian el gasto corriente en salud no financian necesariamente la formación de capital, y vice-versa. Algunos podrían, pero no todos. Es el caso por ejemplo de los Fondos Estructurales de la Unión Europea (UE), que concede ayudas para la compra de bienes de capital (como el edificio de un nuevo hospital) pero que no se utilizan para el gasto corriente en salud. La diferencia más importante es que los proveedores de servicios de salud pueden financiar la compra de bienes de capital utilizando sus propios recursos (es decir, ahorros). Dependiendo del entorno institucional de cada país, los ahorros podrían ser una fuente de financiamiento para la formación de capital tanto para los proveedores públicos como privados. Es el caso, por ejemplo de los países en los que los servicios de salud prestados a los hogares los paga el agente de financiamiento a través del sistema de precios basados en el producto, que reembolsa tanto el gasto corriente como de capital incurrido por los proveedores. Después será el proveedor quien tenga que decidir ahorrar parte de los ingresos recibidos de la compra de los bienes de capital. La consecuencia es que los proveedores de servicios de salud aparecerán también entre los agentes de financiamiento cuando parte o la totalidad del valor de los bienes y servicios de capital que han comprado se financia con los ahorros. En ese caso, los proveedores se incluirían como corporaciones o instituciones sin fines de lucro que prestan servicio a los hogares (ISFLSH), dependiendo de su estatus.
- Finalmente, los hogares podrían desempeñar un papel en la financiamiento de la formación de capital a través de donaciones, como en el Resto de la economía y Resto del mundo, que se pueden financiar con la adquisición de activos financieros a través de transferencias de capital bien en efectivo o en especie.

Estimación

Para calcular el valor de la formación bruta de capital se pueden utilizar diferentes métodos. En principio, cada una de las tres dimensiones mencionadas anteriormente (agente de financiamiento, proveedor y tipo de activos) puede ser un punto de partida válido para calcular la formación de capital. Entre los países de la OCDE que notifican actualmente la formación de capital, la mayoría parece que se basan esencialmente en la información procedente de los agentes de financiamiento. Unos pocos países tienen acceso directo a las cuentas anuales de los proveedores de las que pueden extraer el valor de la formación de capital adquirida durante el

período contable. Como el “tipo de activos” es una nueva categoría, queda por ver si los países tienen acceso a las fuentes (por ejemplo, registros nacionales) que se podrían utilizar para calcular la formación de capital.

Dependiendo del entorno institucional en cada país, y en consecuencia en la forma que están organizados los datos, se podrían utilizar una combinación de los tres modelos para calcular el valor de la formación de capital o sus componentes. Sin embargo, cada modelo tiene sus puntos fuertes y débiles. El párrafo siguiente describe los tres métodos y subraya sus limitaciones.

- El método del *agente de financiamiento* se basa esencialmente en la información de las transferencias de capital realizadas por los agentes de financiamiento a los proveedores (por ejemplo, donaciones de capital de los organismos públicos a los proveedores de servicios de salud, los fondos estructurales de la UE). El inconveniente es que aunque el cálculo de la formación de capital se basa en el valor total de los bienes y servicios adquiridos durante el período contable, las transferencias de capital pueden representar solo una parte del valor de los activos. Esto puede ocurrir cuando la transferencia es solo uno de los plazos realizados por el agente de financiamiento a lo largo de varios períodos contables. Además, este método es limitado, ya que no da información sobre los proveedores que reciben los fondos ni tampoco puede detectar los “ahorros” de los proveedores (algo muy importante) ni las donaciones que los proveedores reciben de los hogares, ISFLSH y empresas. Los países que utilizan este método tienen dificultades en notificar la formación de capital del sector privado.
- El método del *proveedor* calcula la formación bruta de capital utilizando la hoja de balance de los proveedores durante períodos contables sucesivos. En la práctica este método consiste en tomar el “valor en libros” de los “activos fijos” notificados en la hoja de balance al final del período de referencia t, y restar el “valor en libros” correspondiente de los “activos fijos” notificados en la hoja balance al finalizar el período t-1. La diferencia entre los dos será igual al importe total pagado en las adquisiciones, menos enajenaciones, de los activos fijos durante el período contable. De forma similar, el cambio en los inventarios se puede calcular restando el valor de los “stocks y trabajo en curso” también notificado en las cuentas de los proveedores. El inconveniente principal de este método es que no da información de los agentes de financiamiento.
- El modelo de tipo de activos utiliza datos directos del valor de los activos fijos comprados por los proveedores (por ejemplo, utiliza información del método de flujos de productos básicos¹⁰). Como algunos de los activos de capital se registran

¹⁰ El término “método de flujos de productos básicos” se refiere a la elaboración de cuentas de bienes y servicios para grupos de productos detallados. El método se basa en el principio contable oferta=demanda (usos) que se puede descomponer en:

Producción + Importaciones = Consumo intermedio + Consumo final + Formación bruta de capital + Exportaciones.

Utilizando la ecuación anterior, todos los bienes y servicios se identifican desde diferentes fuentes de oferta a diferentes categorías de uso. Si no se tienen datos de un componente de la ecuación, pero se conocen los datos de los demás componentes, es posible deducirlos resolviendo esta ecuación. Por ejemplo, si no se conoce el valor de la máquina IRM comprada durante un período contable, pero se conoce el valor de la IRM producida así como el valor de las importaciones y exportaciones, se puede calcular la información que falta:

Formación bruta de capital en IRM= IRM producida(producción) + IRM importada – IRM exportada

en registros públicos (por ejemplo, edificios y medios de transporte), este último puede representar una fuente adicional de información. Sin embargo, este método al igual que el anterior, no da información sobre los agentes de financiamiento.

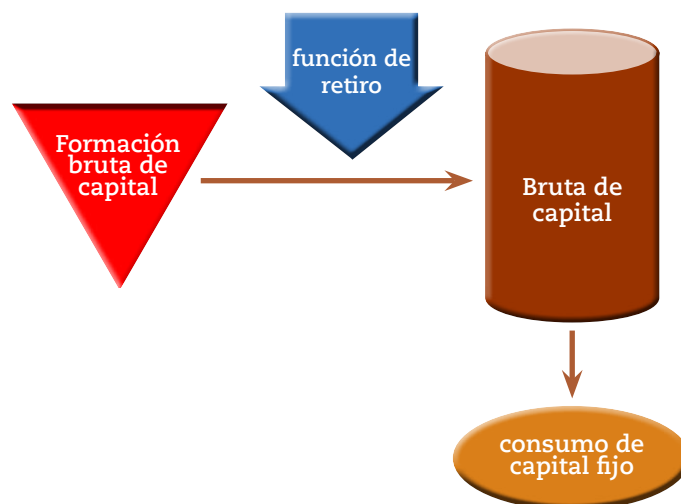
Para concluir, como ninguno de los tres métodos se puede considerar “perfecto”, una combinación de los tres (a veces denominado “integración de fuentes”) parecería la mejor opción. La disponibilidad nacional de datos determinará la utilización de uno de los métodos para calcular los componentes diferentes de la formación bruta de capital.

Consumo de capital fijo en el SHA

El consumo de capital fijo es una variable esencial en el SHA. Como se indica en el capítulo 3, el cálculo del consumo de capital fijo es necesario para valorar los servicios de no mercado producidos por el gobierno y ISFLSH. Si no existen precios económicamente significativos, los servicios de no mercado se valoran por la suma de los costos de producción: es decir, la suma del consumo intermedio, salarios de los trabajadores, impuestos (menos subsidios) sobre la producción, y el consumo de capital. Por tanto, la omisión del consumo de capital fijo en países donde los servicios de no mercado representan un componente caro en la provisión de la salud, puede dar como resultado un gasto en salud infravalorado.

El consumo de capital fijo se define como la disminución, durante el período contable, en el valor corriente del stock de activos fijos propiedad de los proveedores de servicios de salud. El consumo de capital fijo es el resultado del deterioro físico, la obsolescencia normal o los daños accidentales normales. A veces se denomina consumo de capital.

Gráfico 11.2. Consumo de capital fijo en SHA



Fuente: IHAT para SHA 2011

Para calcular el consumo de capital fijo (véase gráfico 11.2), es necesario conocer el valor corriente del stock de capital bruto de los proveedores de servicios de salud. El stock de capital bruto se calcula sumando la formación bruta de capital

fijo (FBCF) año por año y deduciendo los retiros.¹¹

Los retiros, a su vez se calculan aplicando una función de retiro¹² de los flujos de formación bruta de capital. Dado que distintos tipos de activos de capital tienen vidas de servicio diferentes (por ejemplo, los edificios es probable que duren más que el equipo de transporte), para aplicar una función de retiro específica sería aconsejable identificar los grupos de activos de edades similares y agruparlas por tipo de activo.

Finalmente, para calcular el consumo de capital fijo, se aplica un patrón de disminución del valor a lo largo del tiempo (un perfil edad-precio) al stock de capital (véase OCDE 2009 “Medición del capital” y SCN 2008).

Cuenta de capital

Además de la información sobre lo que se ha gastado para adquirir los activos de capital de salud, puede ser de interés para los responsables de las políticas y los accionistas conocer los mecanismos de financiamiento que se han utilizado para cubrir los costos de capital. Por ejemplo, podría ser de interés conocer si la construcción de un nuevo hospital se ha financiado con transferencias del gobierno o a través de asociaciones públicas-privadas, así como la parte que se pagó con las donaciones de organizaciones filantrópicas, hogares, o del extranjero, o si en cambio se utilizaron los recursos acumulados de los proveedores. En otras palabras, podría ser de interés registrar de forma explícita todas las transacciones necesarias para adquirir los activos (por ejemplo, transferencias de capital, donaciones, transferencias de capital en especie). Dicha información se puede registrar en la cuenta de capital (véase tabla 11.2), que notifica las transacciones para adquirir o enajenar los activos no financieros y muestra el cambio en el patrimonio neto por los ahorros y transferencias de capital como saldo contable.

La parte superior de la cuenta de capital notifica el valor de la formación bruta de capital, posiblemente desglosada por tipo de activos, más la adquisición (menos enajenaciones) de los activos no financieros no producidos (por ejemplo, el terreno¹³ adquirido para construir las estructuras de salud). La suma de los dos últimos componentes se denomina “Variación en los activos”. Las adquisiciones (compras, trueques o producción para uso propio) se registran como entradas en positivo, mientras que los recursos procedentes de la enajenación de los activos existentes se registran como entradas en negativo en la misma parte de la cuenta. El consumo de capital fijo también se registra, como cambio negativo en los activos en la parte superior de la cuenta de capital, para calcular el cambio neto en los activos no financieros (adquisiciones menos enajenaciones de activos no financieros no producidos y producidos, menos en consumo de capital fijo).

¹¹ Retiro se refiere a la eliminación de un activo del stock de capital, cuando el activo se exporta, se vende para chatarra, se desmantela, se tira o simplemente se abandona.

¹² La función de retiro expresa la probabilidad de que un activo se elimine durante su tiempo de existencia.

¹³ Hay al menos dos razones para tratar el terreno de forma diferente a otros activos que son propiedad de los proveedores de salud y se incluyen en la formación bruta de capital fijo. La primera, el terreno no surge de un proceso productivo. La segunda, el terreno no se “consume” en el proceso de producción y por tanto el consumo de capital no se contabiliza para el terreno. Una excepción es el terreno contaminado, en cuyo caso hay que tener en cuenta la pérdida de su valor.

La parte de abajo de la cuenta de capital notifica los “Variaciones en pasivos y patrimonio neto”. Este agregado representa el importe que disponen los proveedores por la adquisición de activos financieros y no financieros. Esta cantidad, que puede ser positiva o negativa, es el resultado de sumar dos componentes: ahorros netos y transferencias de capital.

Ahorros netos

Los ahorros netos constituyen el primer asiento que se registra en la parte inferior de la cuenta de capital y el mismo puede ser positivo o negativo. Cuando es positivo, significa que durante el período contable los ingresos que utilizaron los proveedores de salud superan el gasto de los costos recurrentes. Los ingresos adicionales se utilizan necesariamente para adquirir activos financieros y no financieros, incluido efectivo, o para devolver el pasivo. Los ahorros netos negativos representan la diferencia entre ingresos disponibles y gastos en costos recurrentes. Este importe hay que financiarlo enajenando activos o incurriendo en nuevos pasivos.

Transferencias de capital

Una transferencia se define como una transacción en la que una unidad institucional proporciona un bien, servicio o activo a otra unidad, sin recibir ninguna contrapartida directa de la última. Las transferencias pueden ser corrientes o de capital. Cuando sea necesario, se puede desglosar por agentes financieros para descomponer las transferencias de capital recibidas de los proveedores de servicios de salud. Para ser considerada capital, una transferencia tiene que satisfacer al menos una de las condiciones siguientes:

- La parte que recibe la transferencia está obligada a adquirir el activo (que no sea en efectivo);
- La parte que hace la transferencia consigue los fondos enajenando el activo (que no sea efectivo o inventarios), renunciando a una reclamación financiera (que no sean las cuentas a cobrar).

Las transferencias se pueden hacer en efectivo o en especie. Una transferencia de capital en especie supone necesariamente el cambio de propiedad de un producto previamente registrado como un activo no financiero en la cuenta del donante.

Donaciones para inversión

Las donaciones para la inversión son de especial importancia en el sector de la salud. Son transferencias de capital a los proveedores de servicios de salud para financiar la totalidad o parte del costo de adquisición de sus activos. Los proveedores de servicios de salud que reciben las ayudas están obligados a usarlas para la formación bruta de capital fijo (a veces mediante proyectos de inversión específicos, como por ejemplo la construcción de hospitales). Si el proyecto de inversión continúa durante un largo período de tiempo, las ayudas a la inversión en efectivo se pueden pagar a plazos. Los pagos a plazos se clasifican como transferencias de capital aunque se puedan registrar en períodos contables diferentes.

Por ejemplo, el Programa Hill-Burton de Estados Unidos concedió ayudas para construir y modernizar hospitales, centros de enfermería y otros establecimientos

de salud (entre 1946 y 1997). De forma similar, los fondos del NHS (Servicio Nacional de Salud) pueden conceder ayudas para financiar completamente, o partes significativas, del reacondicionamiento de los hospitales, hospicios, consultorios médicos y establecimientos similares. La Iniciativa Escocesa de Atención Dental concede ayuda por 100.000 libras esterlinas para crear nuevos consultorios dentales del NHS o comprar o reubicar un consultorio dental existente del NHS.

Las ayudas a la inversión también pueden ser en especie, por ejemplo, transferencias para equipos de transporte como ambulancias, maquinaria y otros equipos de salud a los proveedores de servicios de salud. Las donaciones en especie a la inversión puede incluir también la provisión directa de edificios.

Otras transferencias de capital

La partida de “Todas las demás transferencias de capital” incluye todos los demás fondos de los proveedores de servicios de salud para financiar la adquisición de activos. De especial importancia son los donativos recibidos de los hogares, empresas e ISFLSH. Por ejemplo, grupos filantrópicos y religiosos pueden desempeñar un papel importante en la financiamiento del capital en algunos países.

Capacidad/necesidad de financiamiento

La diferencia entre “Variaciones en activos” y “Variaciones en pasivos y patrimonio neto” es la “Capacidad (+)/necesidad de financiamiento (-)” que representa lo que se puede prestar o lo que se puede pedir prestado.

Partidas debajo de la línea: préstamos, ahorros acumulados y asociación público-privada

Otros métodos de financiamiento de los proveedores de salud incluyen los préstamos, los ahorros acumulados y las asociaciones público-privadas, que se registran por separado como partidas debajo de la línea, ya que difieren en naturaleza de los mecanismos de financiamiento mencionados anteriormente. Los préstamos y los ahorros acumulados de hecho implican que los ahorros se guardaron en el pasado (ahorros acumulados) o se conseguirán en el futuro para devolver los préstamos (principal más intereses y gastos). Como la aplicación de una cuenta de financiamiento no entra dentro del ámbito del SHA 2011, dichas transacciones se notifican como partidas debajo de la línea.

Préstamos

Los préstamos a los proveedores de servicios de salud se registran como partidas debajo de la línea de las cuentas de capital. La categoría incluye todos los fondos (es decir, sobregiros, préstamos por plazos, crédito para alquiler o compra y préstamos para financiar el crédito comercial) prestado por los acreedores a los proveedores de servicios de salud para comprar activos no financieros (deben estar avalados por documentos que no sean negociables).

Ahorros acumulados

Los “Ahorros acumulados” se refieren a la suma de ahorros que se han guardado durante períodos contables pasados.

Tabla 11.2 Cuenta de capital

		Proveedores de servicios de salud									
		HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	Tot.
SHA Cuenta de capital		Hospitales	Establecimientos residenciales de atención de larga duración	Proveedores de atención ambulatoria	Proveedores de servicios auxiliares	Minoristas y otros proveedores de bienes médicos	Proveedores de atención preventiva	Proveedores de administración y financiamiento del sistema de salud	Otros proveedores de servicios de salud	Resto de la economía	
HK.1 Formación bruta de capital											
HK.1.1 Formación bruta de capital fijo											
Variaciones en activos (Adquisiciones menos enajenaciones)	HK.1.1.1 Infraestructuras										
	HK.1.1.1.1 Edificios residenciales y no residenciales										
	HK.1.1.1.2 Otras estructuras										
	HK.1.1.2 Maquinaria y equipos										
	HK.1.1.2.1 Equipos médicos										
	HK.1.1.2.2 Equipos de transporte										
	HK.1.1.2.3 Equipos IIT										
	HK.1.1.2.4 Maquinaria y equipos no clasificados en otra parte										
	HK.1.1.3 Productos de propiedad intelectual										
	HK.1.1.3.1 Software y bases de datos										
HK.1.1.3.2 Productos de propiedad intelectual n.e.p											
HK.1.2 Variaciones en inventarios											
HK.1.3 Adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos											
	HK.1.1.c Consumo de capital fijo										
	HK.1.1.n Formación de capital neto										
HK.2 Activos no producidos no financieros											
	HK.2.1 Terreno										
	HK.2.2 Otros activos no producidos no financieros										
Variaciones en patrimonio neto	HKF.1 Ahorros, netos										
		FA.1									
		FA.2									
										
	HKF.2 Transferencias de capital	HKF.2r a cobrar	HKF. 2.1 ayudas a inversión de:	FA.6							
		HKF.2.2 Otras transferencias de capital									
	HKF.2p a pagar										
Capacidad / necesidad de financiamiento											
Partidas debajo de la línea											
	HKR.1 Préstamos										
	HKR.2 Ahorros acumulados										
	HKR.3 Asociaciones públicas-privadas										
		FA.1									
		FA.2									
	HKR.4 Investigación y desarrollo en salud									
		FA.6									
		Tot.									
		FA.1									
	HKR.5 Educación y formación del personal de la salud (Financiada por)	FA.2									
										
		FA.6									
		Tot.									

Fuente: JHAT para SHA 2011.

Asociaciones públicas-privadas

Aunque la totalidad del valor de los activos adquiridos por los proveedores de salud a través de asociaciones público-privadas se incluyan en la cuenta de capital junto con todos los demás activos adquiridos (menos los enajenados) por los proveedores de servicios de salud, para los responsables políticos y los accionistas puede ser de interés conocer la parte de la inversión en el sistema de salud que se ha financiado a través de mecanismos de asociación pública-privada. Por tanto, se incluye una partida debajo de la línea debajo de la línea en la cuenta de capital para registrar por separado el valor de los activos que han sido adquiridos por los proveedores de servicios de salud utilizando programas de asociación público-privados.

Otras partidas debajo de la línea

En el SHA 2011, el gasto en “Investigación y desarrollo en salud” y “Educación y formación del personal de salud” se consideran inversiones y se registran como partidas debajo de la línea en la cuenta de capital. En el SHA 1.0 estas partidas estaban incluidas como gasto en funciones relacionadas con la salud en la clasificación funcional (HC.R.3 y HC.R.2 respectivamente).

El método utilizado en el SHA 2011 es diferente al que se utiliza en el SCN 2008 en el que IYD se incluye en la cuenta de capital mientras que “Educación y formación del personal de salud” se considera un insumo en el proceso de producción de los proveedores de servicios de salud y se registra como consumo intermedio. La exclusión de IYD de la cuenta de capital en el SHA se hace única y exclusivamente por razones prácticas. Cuando se preparó el SHA 2011, solo se conocía información sobre IYD en los sistemas de salud de unos pocos países, por lo que incluirlo dificultaría la capacidad de comparar los datos a escala internacional. La importancia para las políticas de salud del gasto en “Educación y formación del personal de salud” ha guiado la necesidad de notificar esta partida separada de los otros insumos de producción (véase capítulo 9).

A continuación se explica la forma de abordar los problemas de casos dudosos en las funciones relacionadas con la salud.

Investigación y desarrollo en salud

El Manual Frascati (OCDE, 2002a) ofrece directrices detalladas para calcular el gasto en investigación y desarrollo, que también se consideran adecuadas para la IYD en salud, de acuerdo a los límites funcionales descritos en el capítulo 5. El IYD es una actividad auxiliar en las ramas de actividad médicas, que no se puede asignar a una unidad institucional separada de producción homogénea, por lo que surge un problema grave de doble contabilidad en la definición de totales nacionales de gasto en las cuentas de salud que añade IYD a los bienes y servicios de salud.

Una innovación introducida en la edición de 2008 del SCN es la capitalización de la investigación y desarrollo. Aunque parece que existe un amplio consenso en las razones teóricas detrás de esta opción, la aplicación práctica de notificar este agregado sigue siendo un problema para una serie de países.

Por tanto, el SHA 2011 ha optado por sugerir un método pragmático que registra de forma separada el IYD como partida debajo de la línea “fuera de balance”, sin capitalizar el gasto en IYD en salud.

Notas:

El Manual Frascati incluye directrices detalladas para calcular el gasto en investigación y desarrollo en salud de acuerdo a los límites funcionales (OCDE, 2002, Anexo A4). Más información sobre comparaciones internacionales y ejemplos de esfuerzos nacionales, se puede encontrar en Medición del gasto en IYD relacionada con la salud (OCDE, 2001). Se sugiere registrar por separado el gasto en IYD como componente de la formación de capital.

Esta partida define el IYD en salud de la siguiente forma:

“Los programas de IYD dirigidos hacia la protección y mejora de la salud humana. Incluye la IYD sobre higiene alimentaria y nutrición y también la IYD en la radiación utilizada para fines médicos, ingeniería bioquímica, información médica, racionalización de los tratamientos y farmacología (incluida la comprobación de los medicamentos y la cría de los animales de laboratorio para fines científicos) así como la investigación relacionada con la epidemiología, prevención de las enfermedades industriales y drogadicción”. (OCDE, 1994, Manual Frascati, p. 122)

Nota: La participación del gobierno en la IYD en salud se clasifica en la COFOG (NU, 1999) como parte de la función de salud (COFOG, 07.5 IYD Salud).

El Manual Frascati (OCDE, 1994) ofrece definiciones detalladas de la IYD en actividades empresariales y del gobierno, incluidas las instituciones sin fines de lucro y las de enseñanza superior. El Manual Frascati es el producto conjunto de expertos nacionales en IYD de países miembros de la OCDE, la Secretaría de la OCDE y otras organizaciones internacionales. Estas directrices son coherentes con las recomendaciones de la UNESCO.

El Manual Frascati aborda los problemas sobre los límites entre IYD, educación, atención de la salud y otras ramas de actividad. Incluye directrices para notificar estos y otros cambios y traza la línea divisoria para distinguir lo que es atención de la salud de lo que es educación y formación del personal de la salud.

El Manual Frascati hace una definición básica de la IYD:

“La investigación y desarrollo experimental (IYD) comprende el trabajo creativo realizado de forma sistemática para aumentar los conocimientos, incluido el conocimiento del ser humano, cultura y sociedad y el uso de dichos conocimientos para desarrollar nuevas aplicaciones. La IYD abarca tres actividades distintas: investigación básica, investigación aplicada y desarrollo experimental. La investigación básica es experimental o trabajo teórico para adquirir nuevos conocimientos de la base de fenómenos y hechos observables, sin ninguna aplicación o uso concreto a la vista. La investigación aplicada es también una investigación para adquirir nuevos conocimientos. Sin embargo, se dirige a un objetivo específico práctico. El desarrollo experimental es un trabajo

sistemático, basado en el conocimiento existente obtenido por la investigación o la experiencia práctica que se dirige a producir nuevos materiales, productos o dispositivos, para instalar nuevos procesos, sistemas y servicios, o para mejorar sustancialmente los que se han producido o instalado". (OCDE, 1994, Manual Frascati, p. 29)

El criterio básico para distinguir la IYD de las actividades relacionadas es "la presencia en la IYD de un componente de novedad y la resolución de una duda tecnológica o científica, es decir, cuando la solución a un problema no es realmente aparente a alguien con los conocimientos y técnicas básicas en la materia que se está tratando". "... En el campo de la medicina, la autopsia que se hace para conocer las causas de la muerte es simplemente una práctica médica y no IYD; la investigación de una muerte particular para establecer los efectos secundarios de determinados tratamientos contra el cáncer es IYD. De forma similar, las pruebas como los análisis de sangre o bacteriológicos realizados por los médicos que no sean IYD, sino un programa especial de análisis de sangre en conexión con un nuevo medicamento, es IYD". (OCDE, 1994, p. 33)

La recomendación siguiente sobre la línea divisoria entre la atención de salud especializada y la IYD en el Manual Frascati sobre estadísticas IYD deberán adoptarse para recopilar datos de servicios de salud: "En los hospitales universitarios, en los que además de la actividad primaria de salud, la formación de los estudiantes médicos es de importancia primordial, las actividades de formación, IYD y avanzada así como la atención de la salud diaria están frecuentemente muy relacionadas". "Servicios de salud especializados" son actividades que normalmente se excluye de la IYD. Sin embargo, puede haber un elemento de IYD en lo que se denomina "servicios salud avanzados", realizada, por ejemplo en los hospitales universitarios. Es difícil que los médicos de universidad y sus ayudantes puedan definir la parte de sus actividades que son única y exclusivamente IYD. Sin embargo, si en las estadísticas de IYD se incluye el tiempo y el dinero destinado a los servicios salud diarios, habrá una sobrestimación de los recursos IYD en las ciencias médicas. Normalmente dichos servicios avanzados no se consideran IYD y toda la atención de la salud que no esté directamente relacionada a un proyecto específico de IYD se debe excluir de las estadísticas IYD" (OCDE, 1994, p. 37). La IYD en salud, cuando se mide según las directrices del Manual Frascati, excluye los gastos de las empresas farmacéuticas, que aparecen por separado. Existen normas internacionales para recoger los datos de IYD. En el Manual Frascati se puede encontrar más información sobre la recopilación de datos y normas internacionales para notificar la IYD. Las actividades de IYD en servicios de salud deben excluir toda la educación y formación del personal de salud en universidades e instituciones especiales de enseñanza superior y postsecundaria. Sin embargo, la investigación de los estudiantes de posgrado que realicen en las universidades y en los hospitales universitarios en las ciencias médicas se debe contabilizar, cuando sea posible, como parte de la IYD. Los gastos en IYD de las empresas farmacéuticas hay que distinguirlos de otras actividades tecnológicas y científicas relacionadas (OCDE, 1994, pp. 30-33), como por ejemplo el trabajo de licencias y patentes.

Educación y formación del personal de la salud

Las directrices de la UNESCO/OCDE/Eurostat (1995) dan estrategias para el gasto en educación y formación del personal de la salud. En la educación y formación existe el problema de la doble contabilidad, cuando los totales nacionales del gasto en salud que se calculan incluyen educación y formación. Para solucionar el problema hay que notificarlos por separado.

Notas

Esta partida comprende la provisión privada y pública de educación y formación al personal de la salud, incluida la administración, inspección y apoyo de instituciones que proporcionan la educación y formación de dicho personal. Esta formación corresponde a la educación postsecundaria y terciaria en el campo de la salud (según el código CINE-97) gestionada por el gobierno central y local, y las instituciones privadas como las escuelas de enfermería gestionadas por los hospitales privados.

Notas: Si se contabiliza correctamente, la educación y la formación del personal de salud no será una función que se solape una con la otra. En los hospitales de enseñanza, por ejemplo, sería aconsejable tener presupuestos separados para la provisión de asistencia, IYD y formación. Cuando no existan cuentas detalladas, una alternativa sería la práctica estadística diseñada por la UNESCO/OCDE/Eurostat para recoger los datos sobre educación y formación (UNESCO/OCDE/Eurostat, 1995).

La educación y formación del personal de la salud se produce al nivel CINE 5 (nivel terciario grado no universitario) a 7 (nivel terciario universitario de educación, que lleva a un segundo grado universitario, superior o equivalente). Las instituciones siguientes se encargan de dicha enseñanza:

- Escuelas paramédicas (CINE 5);
- Escuelas universitarias de grado en departamentos médicos y paramédicos (CINE 6);
- Escuela universitaria de post-grado en departamentos médicos y biomédicos (CINE 7).

En el listado de campos de estudio (nivel de enseñanza terciaria) en el Manual CINE (UNESCO, 1996), la educación y formación médica corresponde a la categoría de Ciencia médica y relacionada con la salud (CINE código 50). El Manual CINE, además, tiene la categoría de programas auxiliares relacionados con la salud (CINE 50) en el nivel de enseñanza de secundaria superior para programas profesionales y técnicos. Los costos completos incluirían el gasto de las universidades y otras instituciones de enseñanza. Los salarios de los médicos internos y residentes o las enfermeras en formación se notifican como gasto en salud por los servicios prestados. El gasto en formación también se notifica en las cuentas de educación. La intención de esta categoría del SHA es incluir el gasto de la formación del personal ya operativo en la atención del paciente. Las recomendaciones siguientes para los hospitales universitarios se han extraído del manual de la UNESCO/OCDE/Eurostat: “El gasto de los hospitales de enseñanza (a veces conocidos como hospitales académicos o universitarios) no deberían incluirse en el gasto de enseñanza, salvo si están directa y específicamente relacionados con la formación

del personal médico. En concreto, todos los costos de atención del paciente que no sean gastos generales de hospitales académicos se deben excluir de las cifras de educación, aunque las autoridades educativas deban pagar dichos gastos. El gasto en investigación en los hospitales académicos también se debe excluir, salvo que no se haya intentado distinguir entre la parte de investigación y no investigación del tiempo de profesorado de formación cuyos salarios se consideró parte del gasto en enseñanza” (UNESCO/OCDE/Eurostat, 1995).

PARTE II

Capítulo 12

Comercio de Servicios de Salud

Introducción

Como se ha definido en el capítulo 4 “Límites globales del gasto en salud”, el Sistema de Cuentas de Salud se centra en el consumo final de bienes y servicios que realiza la población residente, con independencia del lugar donde se produzca dicho consumo, así como de quién lo está financiando. Por tanto, el gasto corriente en salud debe incluir todo el consumo final de los residentes, tanto en el territorio económico como en el extranjero. Esto significa que, para calcular correctamente el gasto total en salud, se deben incluir las importaciones (bienes y servicios de salud prestados por unidades no residentes, HP.10) y excluir las exportaciones (los bienes y servicios prestados a los no residentes por los proveedores residentes, HP.1-8).

La experiencia con la recolección de datos internacionales para las cuentas de salud¹ ha demostrado que la estimación de las importaciones y las exportaciones de bienes y servicios de salud es débil en sentido general. Además, las mismas no estaban cubiertas suficientemente en el primer manual del SHA. Al mismo tiempo, los cambios en los mecanismos de pago y prestación de los servicios (por ejemplo, a través de internet, telediagnóstico y farmacias en internet) han dificultado el control y seguimiento de una serie de transacciones, ya que las fuentes de datos tradicionales utilizadas para calcular las importaciones y las exportaciones son inadecuadas (es decir, en la balanza de pagos).² Una complicación adicional en la recopilación de datos sobre el comercio de servicios de salud es la existencia cada vez mayor de pagos que se realizan a través de terceros usando fondos públicos así como seguros médicos privados.

Este capítulo estudia primero los antecedentes y las tendencias de globalización de los servicios de salud, para poder medir mejor el comercio en este terreno. Para ello, el capítulo establece los conceptos y las definiciones de comercio exterior en relación con el gasto en salud. Cuando es posible, se establecen relaciones con los conceptos desarrollados en el ámbito de las estadísticas de comercio internacional y negociaciones comerciales, para asegurar una estrecha sinergia. También se comentan las notificaciones de las importaciones y las exportaciones en las tablas del SHA, incluidas las tablas suplementarias, así como la relación con otras estadísticas económicas. Finalmente, se aportan ideas en cuanto a directrices y posibles fuentes de datos para realizar y mejorar los cálculos del comercio en bienes y servicios de salud.

¹ Recopilación conjunta de datos de OCDE, Eurostat y OMS para el Sistema de Cuentas de Salud (SHA) - JHAQ (2006 - 2010)

² Las principales fuentes de datos de la balanza de pagos es el sistema de Notificación de Transacciones Internacionales (SNTI) y estudios de empresas. Otras fuentes utilizadas para realizar los cálculos son los estudios de turismo y visitantes, gasto de los hogares y fuentes de la administración pública, por ejemplo, información de servicios de salud pública a los no residentes.

Antecedentes y cuestiones políticas

La importancia creciente del sector salud, junto con la tendencia hacia la globalización, reforzada por la reducción de los obstáculos regulatorios a las actividades económicas, ha impulsado el crecimiento del comercio internacional de bienes y servicios de la salud, que ha partido de niveles muy bajos. La mejora de las comunicaciones y el transporte ha facilitado también los traslados, tanto de los pacientes como de los proveedores independientes de servicios. Aunque la mayor parte de las personas prefieren recibir las atenciones de salud en su propio país, bajo determinadas circunstancias, pueden decidir ser tratados en otro país, por ejemplo, cuando el establecimiento de salud más cercano está justo al otro lado de una frontera, o cuando el otro país tiene más expertos, o el mismo servicio se presta antes o a más bajo costo.

Viajar para recibir servicios de salud no es algo nuevo – desde hace mucho tiempo se han recorrido grandes distancias para recibir curas y tratamientos. Los bienes y servicios de la salud se han considerado tradicionalmente un producto de comercio – frente a la preocupación nacional que considera la provisión de salud pública una cuestión de soberanía - o en la mayoría de los casos como insignificante en valor y volumen. Pero durante los últimos años se ha observado que cada vez más pacientes viajan a otros países para recibir tratamiento (algo que se conoce como “turismo médico o turismo de salud”). Por ejemplo, Tailandia ha notificado que trató a más de un millón de pacientes extranjeros en 2006 (Thai Board of Investment, 2008). Las encuestas independientes han aportado una amplia gama de datos sobre la actividad internacional. Un informe de 2008 de Deloitte (2008) calculó que el valor del mercado del turismo médico en 2008 oscilaba en torno a los 60.000 millones de dólares americanos, y esperaba que continuara creciendo en años posteriores. En este contexto, una serie de países han promocionado sus servicios, esperando atraer a pacientes de países vecinos y de otros países más lejanos, con la promesa de una mayor calidad, tecnología más avanzada y precios muy competitivos de los servicios de salud. Hospitales y clínicas, o proveedores de servicios de salud han buscado la acreditación internacional para estar en el mapa del seguro internacional de salud y redes de compradores.

También ha habido ejemplos, sobre todo en la Unión Europea, de contratos transfronterizos entre organismos de compra de servicios de salud y proveedores extranjeros. Un ejemplo fue el acuerdo entre el NHS (Servicio Nacional de Salud) en Inglaterra y varios hospitales belgas en 2003, en un esfuerzo por reducir las listas de espera en Inglaterra en aquella época (Glinosa y col., 2010). Otros contratos regionales y de cooperación transfronteriza han existido entre varios países, como por ejemplo entre Países Bajos y Bélgica, Francia y España y entre los países nórdicos.

Sin embargo, el consumo de bienes y servicios de salud en el extranjero va más allá de la atención planificada. Gran parte de la actividad entre los residentes y los no residentes son de naturaleza no planificada, es decir, el uso del sistema de salud del país, durante una estancia temporal en el mismo por motivos de negocio o de ocio. Además, el movimiento de trabajadores que viven cerca de las fronteras durante espacios cortos de tiempo, durante determinadas temporadas, es otro aspecto a tener en cuenta. En algunos países pequeños o regiones fronterizas con

grandes flujos de personas y trabajadores cruzando sus fronteras, la importación y exportación de bienes y servicios de la salud puede representar a una cifra importante. La afluencia del turismo puede saturar el sistema de salud de un país o región. Por ejemplo, el Reino Unido y España llegaron a un acuerdo de pago a mano alzada por el número de turistas del Reino Unido que viajaban a España para utilizar el servicio de salud español (Legido-Quigley y McKee, 2006).

Los altos costos de los servicios de salud en su país y la falta de cobertura del seguro de salud, son las razones principales por las que los pacientes viajan para ser tratados en el extranjero, que a veces representa solo una pequeña parte de lo que tienen que pagar en su país. Pero los avances tecnológicos, la apertura de los mercados, así como las dificultades para ser tratados en su país (por ejemplo, las listas de espera, calidad de tratamiento u otros obstáculos de tipo ético y jurídico) han sido citados como otros factores que han provocado este crecimiento. La cooperación política y económica entre los países es probable que fomente el movimiento de pacientes y profesionales de salud. De hecho, la ambigüedad en lo que se refiere al derecho de los ciudadanos de la Unión Europea a buscar tratamiento en otros Estados Miembros ha sido uno de los temas tratados en las reuniones europeas de salud en los últimos años³. En resumen, hay un flujo creciente de pacientes trasladándose de un país a otro, a veces porque lo han elegido de forma individual, y otras organizadas por organismos de compra de servicios en otros países.

Dicha liberalización de los servicios de salud puede tener efectos importantes en el sistema de salud de un país, con nuevas oportunidades, pero también con ciertos riesgos. Por ejemplo, los pacientes extranjeros son una fuente de ingresos en el país que los recibe, pero también quitan recursos importantes a los pacientes locales, provocando la aparición de un servicio de salud de dos niveles. Blouin y col. (2006) analizaron las implicaciones del comercio de los servicios de salud en los sistemas de salud pública.

Los países exportadores corren el riesgo de crear un sistema de atención con recursos de alta calidad para los pacientes extranjeros, con unos servicios de atención de baja calidad para los habitantes de su país, o que los escasos fondos públicos obtenidos a través de los impuestos, incentivos y subvenciones de los proveedores privados no se dediquen a las necesidades de atención primaria. También preocupa la fuga de profesionales de la salud del sistema de salud pública al privado y de las zonas rurales a las urbanas.

Los problemas de salud pública en los países de los que proceden los pacientes también están bien documentados. Además de un posible sistema de salud inadecuado incapaz de cubrir las necesidades de su población, también tienen problemas de equidad, con pacientes que pueden permitirse acceder a determinados servicios en el extranjero o saltarse las listas de espera, o que los

³ Una propuesta de servicios transfronterizos de salud en la Unión Europea se debatió por primera vez en el Colegio de Comisionados el 25 de junio de 2008, en el conjunto de medidas sociales y se espera que aporte un marco legal en esta área para cumplir las normas del Tribunal de Justicia Europeo (Kohill-Decker Ruling C-120/95 [1998] and C-158/96 [1998] Tribunal de Justicia Europeo) sobre el acceso transfronterizo a la asistencia, así como para garantizar que los servicios de salud a través de internet o telemedicina se puedan prestar de un país a otro de forma segura y eficaz.

servicios de atención que buscan en otros países sean precisamente los que tendrían que conseguir en sus países de origen con reformas o inversiones necesarias en el sistema de salud. También preocupa la falta de control de algunos tratamientos en el extranjero, así como la calidad del tratamiento que reciben después en su país de origen, teniendo luego el sistema de salud nacional que resolver cualquier complicación resultado de una mala práctica.

No obstante, los viajes médicos pueden resultar beneficiosos para ambas partes. El país receptor (el exportador) recibe ingresos del extranjero por el aumento del turismo, mayor consumo de sus servicios, más empleo y mejora de las infraestructuras, resultado de una inversión de los proveedores de salud. Bien es cierto, que con nuevas tecnologías y mejores tratamientos, puede que el nivel mejore los servicios para la población local. También se ha señalado la posibilidad de una fuga de cerebros a la inversa, de profesionales de la salud que vuelvan a su país de origen. En el país importador se pueden producir importantes economías de escala y ahorro de costos, con lo cual, en vez de sustituir las reformas, esta situación constituya un elemento catalizador o la introducción de competencia de precios externos en el mercado interior.

Aparte del movimiento físico de pacientes entre países, el comercio en servicios de salud puede adoptar otras formas, sobre todo la provisión transfronteriza directamente a pacientes u otros proveedores. Gracias a los avances tecnológicos, sobre todo de internet, se puede buscar información sobre la salud y comprar de forma remota bienes y servicios médicos. Un estudio del uso de internet en Noruega en el período 2000-2007 demostró que el 67% de la población utilizaba internet para buscar información sobre la salud de alguna forma, con previsiones para aumentar al 80% en 2010 (Wangberg y col., 2009). Aunque gran parte de la actividad en internet fuera para buscar información complementaria de una enfermedad, o de salud en general, en 2007 se observó una tendencia a comprar medicamentos o productos relacionados con la salud en casi la cuarta parte de los que utilizaban internet para buscar asuntos relacionados con la salud. Los diagnósticos y los servicios administrativos también se están encargando cada vez más a organizaciones en otros países. El aumento en el número de páginas web médicas y farmacias en internet ha sacado a la luz las carencias en cuanto a legislación con respecto a la compra de medicamentos con prescripción y la falta de datos para controlar dicho comercio.

Finalmente, el comercio también puede suponer un movimiento de personal de salud más que de pacientes, que se puede producir por la ayuda extranjera directa en especie de organizaciones internacionales o gubernamentales que envían equipos médicos a determinadas zonas, pero también de profesionales o grupos de profesionales de la salud que se desplazan de forma independiente a otros países a prestar servicios a los pacientes.

Aunque gran parte del comercio de bienes y servicios de la salud sigue siendo marginal –el contacto directo paciente-proveedor cerca de casa, todavía es la norma en la mayor parte de los tratamientos – existen zonas en las que el consumo de servicios en el extranjero, o al otro lado de la frontera, puede representar una parte cada vez mayor de los servicios, como por ejemplo en los odontológicos y en los

tratamientos de fertilidad. Algunos países son también cada vez más conscientes de que parte de la demanda interior de servicios de salud la están satisfaciendo proveedores de salud extranjeros o vice versa – que parte de los servicios de salud en el país están satisfaciendo las necesidades de salud de los no residentes.

También hay cada vez mayor interés político en el comercio de servicios de salud desde el punto de vista de las negociaciones comerciales y el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (AGCS)⁴. El interés de una serie de países por exportar servicios de salud, que pueden generar entrada de divisas, ha provocado la necesidad de evaluar mejor los niveles y las tendencias. Los responsables políticos y los negociadores necesitan datos fiables para poder entender mejor lo que supone la liberalización del comercio y su impacto en la salud pública. Estos datos permitirían a los analistas calibrar los flujos de comercio, así como la disponibilidad de un país al comercio de servicios de salud. Pero también posibilitaría evaluar los riesgos y oportunidades de los compromisos de liberalización de la salud pública para poder elaborar políticas adecuadas y conseguir objetivos coherentes en salud y comercio.

Conceptos y definiciones básicas

El Sistema de Cuentas de Salud requiere una base conceptual para notificar las importaciones y exportaciones de bienes y servicios de la salud en línea con los límites del gasto en salud. Para que las estadísticas del SHA se elaboren en lo posible de manera uniforme, alineadas a otras estadísticas macroeconómicas, el SHA se debe apoyarse en definiciones y conceptos normalizados ya desarrollados en el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) y en el Manual de Balanza de Pagos y Posición Internacional de la Inversión, elaborado por el Fondo Monetario Internacional (FMI), conocido como BPM6. Los diferentes puntos de vista pueden definir el comercio de varias maneras: por una parte, en función de la estructura básica del SHA, y por otra, del comercio de productos de salud en el más amplio sentido económico.

También se hace referencia a las definiciones y conceptos de las Cuentas Satélite del Turismo (CIF), evaluando las metodologías e instrumentos existentes utilizados para calcular el consumo bienes y servicios de la salud de los turistas.

Dentro del marco contable central del SHA, los bienes y servicios de la salud se definen a partir de un conjunto claro de criterios (capítulo 4) y se definen según la clasificación funcional (capítulo 5). Las mismas consideraciones y tratamiento de los límites, así como de la resolución de los casos dudosos se deben utilizar al calcular el valor de la importación y exportación de bienes y servicios de la salud. Además, para que sean completos, el conjunto de proveedores de servicios de salud debe incluir todos los proveedores, con independencia de si el servicio que prestan es de atención primaria o secundaria. Uno de los problemas, que no se limita exclusivamente a asuntos de comercio exterior, es adaptar las clasificaciones de productos y actividades existentes a la clasificación de funciones del SHA. También puede resultar interesante tener en cuenta los servicios fuera de estos límites, para analizar parte del consumo de los no residentes en áreas de actividad como la formación de los profesionales de la salud.

⁴ Véase anexo G: "Normas y clasificaciones internacionales del comercio y turismo".

La base para calcular el comercio internacional de bienes y servicios de la salud son los conceptos de territorio económico y residencia. Las definiciones que se incluyen a continuación están extraídas del BPM6⁵ donde se pueden consultar en caso de duda.

Territorio económico

En el amplio sentido de la palabra, un territorio económico se puede referir a una zona geográfica o jurisdicción sobre la que es necesario elaborar una estadística. En caso, por ejemplo, de que los sistemas de salud estén organizados y financiados a escala regional y el interés sea elaborar cuentas regionales de salud, se podría definir el territorio como una región subnacional. Por otra parte, el territorio económico puede comprender más de un país, como por ejemplo la Unión Económica de Bélgica y Luxemburgo, o territorios supranacionales como la Unión Europea (UE). La definición de territorio económico es importante para determinar las entidades de residentes y no residentes con respecto al consumo y prestación de servicios de salud, y, por tanto, lo que se debe incluir o excluir al calcular el gasto en salud.

Residencia

El concepto de residencia se establece una vez delimitado el territorio económico. Se dice que una unidad es residente en un país cuando su “centro de interés económico” está situado en el territorio económico del país. BPM6 da una definición adicional: “La residencia de cada unidad institucional es el territorio económico con el que tiene una conexión más fuerte, expresada como su centro de interés económico predominante”. Cada unidad institucional es, por tanto, residente en un único y exclusivo territorio económico determinado por su centro de interés económico predominante.

Hogares

El centro de interés económico de los hogares es “cuando los miembros de ese hogar mantienen, dentro de un país, su vivienda o viviendas que sus miembros consideren y utilicen como residencia principal”. Todas las personas pertenecientes al mismo hogar deben ser residentes en el mismo país. Es importante distinguir entre el concepto de residencia en términos económicos y los basados en criterios de nacionalidad o jurídicos. Una persona que se considere residente de una economía concreta puede no ser necesariamente ciudadano de ese país. También hay que diferenciar, sobre todo en lo que se refiere a servicios de salud, entre población residente y población asegurada o con cobertura. La cobertura de la atención pública de la salud puede no ser para toda la población, o abarcar a otras personas aparte de la población residente, como por ejemplo los trabajadores transfronterizos, que trabajan en Luxemburgo y residen fuera del territorio económico, que pueden estar incluidos en la población asegurada de Luxemburgo, o los ciudadanos jubilados de la UE que están cubiertos por su sistema nacional de seguros pero residen en otro país de la UE (véase población residente frente a población con cobertura).

⁵ Los mismos conceptos y definiciones se adoptan en el Sistema de Cuentas Nacionales.

El criterio de residencia normalmente se basa en un período de un año que se puede considerar como un objetivo de referencia, aunque arbitrario, para determinar el estatus de una persona. Por tanto, un miembro de un hogar residente que sale del territorio económico y vuelve al mismo hogar pasado un período de tiempo limitado (es decir, menos de un año) continúa siendo residente, incluso aunque esa persona salga con frecuencia fuera del territorio económico. Por otra parte, si una persona se queda, o piensa quedarse durante un año o un período superior, se considera residente en esa economía. En caso contrario, se considera no residente. Todas esas personas se clasifican como viajantes, o que tienen sus centros de interés fuera de las economías a las que se han desplazado. El caso más evidente es el de los turistas extranjeros que están de visita en otro país un breve período de tiempo (generalmente algunas semanas) que no se consideran residentes. De forma similar, los trabajadores de temporada procedentes de otro país que acuden a trabajar durante unos meses al año a un país determinado, no se consideran residentes tampoco.

Algunas categorías, como las de los diplomáticos, miembros de las fuerzas armadas, estudiantes y – de especial interés en este apartado – pacientes que están recibiendo atenciones médicas en el extranjero – no cambian sus centros de interés y por tanto siguen siendo residentes en las economías de su país. Los trabajadores fronterizos —personas que cruzan una frontera entre dos economías de forma frecuente porque trabajan en una economía y tienen sus hogares en otra, se clasifican como residentes en la economía en la que tienen su hogar y no en la economía a la que acuden a trabajar. Las personas que viven en Bélgica y que cruzan diariamente la frontera para trabajar en Francia se consideran residentes en Bélgica y no en Francia.

Los refugiados se consideran residentes si permanecen, o lo que es más importante, *se espera que vayan a permanecer* más de un año en el país que los acogen. Las personas que se refugian en otro país durante un breve período de tiempo, siguen siendo residentes en las economías de sus países de origen.

Como ya se ha comentado anteriormente, se hace una excepción a la norma de un año al determinar el estatus de residencia de los estudiantes y de los pacientes con atenciones médicas de larga duración, porque si se aplica la norma de un año podría provocar problemas en la interpretación y disponibilidad de datos. Los estudiantes por regla general vuelven a las economías de origen una vez completan sus estudios. Con independencia del tiempo que permanezcan estudiando fuera, los estudiantes se consideran residentes en su país de origen si mantienen un vínculo económico con dichos países. Los factores para decidir si mantienen un vínculo son por ejemplo si reciben fondos de su país para financiar sus estudios; si están financiados en el país que los acoge con programas de ayuda a extranjeros o programas similares; o si piensan regresar a sus hogares una vez finalizados sus estudios. Este punto hay que tenerlo en cuenta cuando se estudia el gasto en formación de los profesionales médicos en el extranjero.

Las mismas reglas con respecto a la residencia se aplican a los pacientes que se espera que vuelvan a sus hogares después del período de tratamiento. Es decir, se consideran residentes – con independencia de la duración que permanezcan

en las economías en las que están recibiendo tratamiento – en sus economías de origen. Aunque esta situación solo exista para una pequeña minoría de pacientes, hay que tenerla en cuenta para decidir el estatus de residencia de los pacientes de atención de larga duración en residencias asistidas, dado que dichos casos están incluidos en los límites del Sistema de Cuentas de Salud. Es el caso de personas de un país que están jubilados y se han ido a vivir a otro país, pero continúan teniendo cobertura del sistema de seguridad social de su país. Estos casos se comentan en la sección siguiente.

Población residente frente a población con cobertura

Fijar el límite de lo que se considera gasto en salud a la población residente tiene una serie de consecuencias directas sobre la inclusión o exclusión de determinados grupos de población, sobre todo en lo que se refiere a las obligaciones financieras de la seguridad social y gasto público. Las diferencias entre población residente y población asegurada pueden ser importantes en determinados casos.

Es posible, como ocurre en al Unión Europea, que personas que reciben pensiones públicas u otro tipo de prestaciones de larga duración, residan en otro país y dependan de su país de origen para pagar los servicios de atención de salud. Es también el caso de las personas que viven en el extranjero, pero que dependen de alguien que trabaja en otro país miembro. En este caso la obligación del sistema de seguridad social de su país cubre parte de la población no residente y vice versa – una parte de la población residente, puede estar cubierta por un gobierno extranjero. En tal caso, se tendrán que introducir ajustes para cumplir con las definiciones de residencia expresadas anteriormente, que pueden no ser deseables para medir las obligaciones financieras de un país en lo que se refiere al gasto en salud.⁶ Cualquier desviación a este respecto, se debe dejar clara en las notificaciones.

Otro problema es el referente a los refugiados, que se pueden definir como residentes desde el punto de vista de la Balanza de Pagos, pero legalmente no tienen derecho a prestaciones del seguro público de salud. Con lo cual el problema es determinar en que país se tiene que reflejar el consumo de servicios de salud. Dado el flujo temporal de personas trasladándose de un país a otro, tanto de forma legal como ilegal, el gasto puede adquirir una proporción considerable. Además, se puede cuestionar incluso si la obligación moral y costo de la prestación de estos servicios de salud recaen en el país de acogida, cuando se deberían deducir de las cuentas de salud del otro país, como una exportación.

El Manual de Balanza de Pgos (BPM6) detalla el estatus de otras categorías de personas como los diplomáticos, empleados de organizaciones internacionales, personal militar, etc., que también es adoptado por el Sistema de Cuentas de salud.

Para clasificar los proveedores de servicios de salud – tanto organismos públicos, empresas o instituciones sin fines de lucro – como residentes, se requiere que hayan realizado una actividad en el territorio durante un período de tiempo,

⁶ Cuando el gasto en salud de determinados grupos de población (por ejemplo, personas jubiladas o que vivan en el extranjero) se cubre en el país de origen, las transferencias del país de origen al país de residencia aparecerán en la tabla HFxFS del país que las recibe; los ingresos del esquema de financiamiento serán FS.2 o FS.7.1 (véase capítulo 8). Desde el punto de vista del país que reembolsa, la cuenta sectorial de “Total de ingresos y gastos públicos relacionados con la salud” puede detallar los pagos realizados por gobiernos extranjeros a los no residentes (véase anexo D).

normalmente un año. La decisión de clasificar a un proveedor como residente o no residente se establece de la misma forma que cuando se decide si el gasto final en bienes y servicios de los hogares residentes en estos proveedores se clasifica o no como importación.

La decisión de clasificar los proveedores como residentes o no residentes conlleva algunos problemas, como en el caso de los residentes que reciben atención de hospitales o compran bienes médicos en farmacias mientras están en el extranjero. La prestación de servicios de corta duración a residentes en el extranjero, por profesionales de la salud, o como parte de ayuda internacional o gobierno extranjero puede no ser directa. De la misma forma, el uso de agentes comerciales e instituciones de propiedad extranjera requiere ser estudiado detenidamente.

Empresas

Una empresa tiene un centro económico de interés, y por tanto es una unidad residente en un país (o territorio económico) cuando la empresa realiza una parte importante de la producción de bienes o servicios en el mismo. Eso supone que por lo menos tiene un establecimiento en el país y piensa seguir con dicho establecimiento de forma indefinida, o durante un largo período de tiempo (es decir, un año o más). También hay que tener en cuenta otros aspectos — como por ejemplo dispone de cuentas locales independientes y completas, si los impuestos los paga en el país en el que está, o si los fondos los gestiona localmente — para determinar la residencia de una empresa. Aunque en la práctica, todas estas condiciones las cumplen las empresas con una actividad de larga duración.

El término empresa incluye (1) corporaciones, que son entidades dedicadas a la producción para obtener un beneficio y reconocidas como entidades jurídicas independientes de sus propietarios, y (2) cuasi corporaciones, que son entidades no constituidas, propiedad de una unidad institucional residente o no residente y gestionadas como entidades independientes, como es el caso de médicos y odontólogos autónomos.

Agencias comerciales

Las agencias que representen a empresas principales no residentes se deben considerar residentes en las economías en las que están establecidas. Por ejemplo, una de las áreas más florecientes ha sido la de los intermediarios del turismo de la salud y de los agentes de viajes médicos, o la creación de oficinas comerciales en el extranjero representantes de instituciones médicas. La mayoría de los agentes cobran a los proveedores una comisión por cada cliente que envían al extranjero, un porcentaje por el precio del conjunto de servicios, o una comisión fija por cada paciente. También se pueden aplicar otros modelos, como por ejemplo una comisión por el servicio directo al cliente (paciente) o un pago realizado por un tercero por un porcentaje del ahorro en costos, es decir, la diferencia entre el costo del servicio en el país de origen y en el extranjero (Stephano y Cook, 2010). Si el agente reside en la misma economía que el paciente, el margen o comisión es una transacción residente-a-residente. El importe neto a pagar a los proveedores de servicios residentes en otras economías (después de deducir el margen o comisión que tiene que recibir el agente) se debe registrar como una transacción residente-

a-no-residente. Sin embargo, en otros casos, el importe bruto se paga al proveedor no residente, quien posteriormente paga la comisión al agente residente.

Instituciones sin fines de lucro

Al igual que las empresas, los organismos sin fines de lucro son entidades residentes en los territorios económicos en los que están establecidos o llevan a cabo sus actividades. Los organismos sin fines de lucro por regla general prestan servicios sociales y a la comunidad sin costo alguno, o a precios que no cubren completamente el costo de producción. Ejemplos de organismos de este tipo pueden ser los hospitales privados, iglesias, fundaciones, universidades, institutos e instituciones de caridad como la Cruz Roja.

En la práctica, la residencia de la gran mayoría de las instituciones sin fines de lucro se puede decidir sin ambigüedad alguna. Sin embargo, cuando una institución realiza actividades caritativas, o labores de ayuda a escala internacional, es necesario especificar la residencia de cada una de las sucursales que la institución pueda tener en diferentes países. En este caso, hay que aplicar la duración en el tiempo como guía para decidir si esas sucursales se deben considerar residentes. Si una institución sin fines de lucro mantiene una sucursal, o unidad similar, durante un año o más de un año en un país, esa sucursal se debe considerar residente en el país anfitrión, a pesar de que esté financiada con fondos procedentes del extranjero. Por otra parte, el trabajo médico en situaciones de emergencia o las campañas específicas de salud en otro país se pueden clasificar como prestadas por unidades no residentes.

Organismos públicos

Los organismos públicos de una economía incluyen los gobiernos centrales, provinciales y locales, establecimientos y unidades establecidas en el territorio económico, así como todas las embajadas, consulados, entidades y establecimientos militares localizados en cualquier otra parte. La prestación de tratamiento médico a los residentes en el extranjero, en establecimientos de salud públicos extranjeros y la prestación de servicios por instituciones públicas de salud a los no residentes en el territorio, son los ejemplos más evidentes de importaciones y exportaciones.

En el caso de organismos públicos que participen en programas de ayuda extranjera, este tipo de gasto comprende bienes y servicios prestados por gobiernos extranjeros a unidades residentes y vice versa. Es importante reiterar que es la prestación de bienes y servicios y no su financiamiento por parte de los gobiernos extranjeros, el elemento clave a la hora de decidir si se trata de una importación o una exportación. Por ejemplo, si un país dona dinero a otros países o a organizaciones internacionales, se considera una transferencia de fondos. Sin embargo, si el país presta bienes y servicios de servicios de salud para que se consuman directamente en el país extranjero, se considerará una exportación de salud de ese país y una importación de salud del país extranjero (lo cual se debe reflejar en las cuentas de salud del país extranjero). Este tipo de gasto es típico de los programas públicos de ayuda para mejorar la salud en países extranjeros. Si el personal militar es el que realiza los servicios, solo se tiene en cuenta la proporción del gasto que corresponde a salud.

Organizaciones internacionales

Las organizaciones internacionales y los enclaves, salvo las creadas por gobiernos (como embajadas), son residentes en el territorio económico propio, y no en la economía en la que están físicamente asentadas. Esto se aplica tanto a organizaciones internacionales localizadas en un solo territorio como a las que están en dos o más territorios. Por tanto cualquier transacción con una organización internacional o enclave se debe considerar comercio internacional.

Resto del mundo y comercio en servicios de salud

Una vez determinado el estatus de residencia de todas las unidades, el resto del mundo se compone de todas las unidades no residentes que realicen transacciones con el país de referencia. En lo que respecta al comercio en las cuentas de salud, el resto del mundo comprende todas las unidades no residentes que prestan bienes y servicios de la salud a unidades residentes (las ventas son importaciones) y las unidades no residentes que consumen bienes y servicios de la salud prestados por unidades residentes (estas compras son exportaciones).

Valoración

En el caso de transacciones entre residentes y no residentes, el valor de las exportaciones e importaciones en la divisa del país extranjero, se debe convertir a la divisa nacional, aplicando los tipos de cambio. En principio, el tipo de cambio más adecuado para convertir el valor de las transacciones de la divisa de la transacción a la divisa de los datos con los que se está trabajando, es el tipo prevalente en el mercado en el momento en que se realiza dicha transacción. Se puede utilizar un tipo de cambio diario promedio para las transacciones diarias. Si no se puede aplicar dicho tipo de cambio, se debe utilizar un promedio de un período de tiempo más corto.

En lo que respecta a la prestación de servicios de no mercado a no residentes por parte del gobierno general o de instituciones sin fines de lucro⁷, dichos servicios se deben valorar utilizando una metodología coherente con este manual del SHA, es decir, al costo total de producción y no al precio subvencionado (véase capítulo 3).

El SHA registra el gasto en bienes y servicios a precios de adquisición. Hay que tener en cuenta que las cifras totales de importaciones y exportaciones en las cuentas nacionales normalmente se notifican a precios FOB ("franco a bordo") mientras que las estadísticas de comercio exterior se valoran a CIF (costo, seguro, transporte) para las importaciones y FOB para las exportaciones (véase cuadro 12.1). La diferencia entre las dos modalidades puede suponer variaciones considerables de hasta incluso un 10 por ciento (Eurostat, 2004). Teniendo esto en cuenta, cabría pensar que el valor de importación es superior al de exportación, pero ni siquiera eso se puede garantizar. Una de las razones son las diferencias en tiempo, por las que un conjunto de bienes liquidado como exportaciones en un país en un año concreto, no tiene que ser liquidado como importaciones en el país receptor el mismo año.

⁷ Si no se reembolsa este costo o gasto, puede producirse una situación de desigualdad en el país que presta el servicio, ya que el consumo de recursos no es igual a la capacidad de los recursos consumidos. Por tanto se notificará mal o no se notificará.

Las transacciones en servicios de salud entre países se deben registrar en bruto, es decir, se deben registrar las indemnizaciones y reembolsos por separado, no registrarse en neto. Un problema es el de la valoración de los bienes y servicios prestados de forma externa, ya que existe un gran diferencial entre la valoración del país que los recibe (importación) y el que los presta (exportación). Por ejemplo, los servicios de consultoría de un país con rentas muy altas en un país con rentas bajas. En este caso, apartándose de las directrices del BPM6 (párrafo, 3.75), la valoración se hace a precios de mercado del país receptor. Sin embargo, una partida debajo de la línea basada en la valoración del país donante también puede ser adecuada.

Cuadro 12.1. Ajuste CIF/FOB en las estadísticas de comercio

Los productos importados registrados en las estadísticas de comercio se valoran a precio CIF (costo, seguro y transporte) que incluye tres componentes:

- Productos importados a precios FOB
- Servicios de transporte realizados por transportistas residentes y no residentes;
- Servicios de seguro de aseguradoras residentes y no residentes.

Los dos últimos componentes representan servicios que pueden ser prestados tanto por unidades residentes como no residentes. Si los prestan las residentes, se considera producción interna y por tanto importación. Si no se introduce ningún ajuste, es evidente que las importaciones tienen un valor más alto del que debieran, debido al valor total del transporte y servicios de seguro prestados tanto por las unidades residentes como las no residentes. Hay que tener mucho cuidado con el valor de los servicios de transporte y seguros prestados por las unidades residentes. Si estos servicios los compran y los pagan exportadores no residentes a transportistas y aseguradoras residentes, su valor se debe registrar como una exportación de servicios en la balanza de pagos y por tanto se debe excluir de la exportación de servicios.

Momento del registro

Al igual que en la contabilidad nacional, las exportaciones y las importaciones se registran en base al método de lo devengado, es decir en el momento en que se presta el servicio, o en el caso de los bienes médicos, cuando se produce el cambio de propiedad. Pueden existir problemas prácticos en la recopilación de datos, ya que en su mayoría el movimiento de productos es un indicador razonable del cambio de propiedad. Sin embargo, en el caso de pacientes que viajan al extranjero para recibir tratamiento, los honorarios los pueden pagar, de forma completa o parcial, bien antes o después del servicio. Además, cuando existen acuerdos bilaterales, se pueden producir demoras importantes, a veces de un par de años, entre el momento en que se recibe el tratamiento y se realiza el pago.

Importaciones y exportaciones en el Sistema de Cuentas de salud

El manual del SHA establece la base conceptual en lo que se refiere a las normas de notificación estadística compatibles con otras estadísticas sociales y usos de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA) que abarcan tres dimensiones: servicios de salud por funciones; proveedores de servicios de salud y financiamiento de los servicios de salud. El Sistema de Cuentas de salud (SHA) por tanto sigue una lógica diferente que la propuesta en las estadísticas de comercio internacional (es decir, de acuerdo al tipo de rama de actividad del servicio y el modo de provisión) (véase anexo G).

En el Sistema de Cuentas de Salud, existe una categoría de unidades no residentes tanto en las clasificaciones de los esquemas de financiamiento como en las del proveedor. Ambas clasificaciones hacen referencia al “resto del mundo”. Sin embargo, en lo que se refiere a las importaciones y exportaciones de bienes y servicios de la salud, es importante aclarar que para el comercio internacional lo importante es la prestación del servicio más que el financiamiento del mismo. Por ejemplo, si un gobierno extranjero, o una ONG, paga por los servicios de los residentes, estos servicios son financiados por el Resto del Mundo, pero los puede seguir prestando un proveedor del país y, por tanto, no se consideran importados. Sin embargo, si el servicio lo presta un gobierno extranjero a un residente (con independencia de quien lo paga), se considera una importación.

La clasificación principal de las importaciones y exportaciones en el Sistema de Cuentas de Salud se hace por función (propósito del consumo) y proveedor. La clasificación de las funciones distingue entre diferentes servicios de atención⁸ (por ejemplo, curativos, rehabilitación y atenciones de larga duración), bienes médicos dispensados a los pacientes ambulatorios, así como los prestados colectivamente a la población, como es la salud pública o la administración del sistema de salud. La principal conciliación de esta clasificación con los agregados del Sistema de Cuentas Nacionales es a través de las clasificaciones “funcional” o por “propósitos” (COICOP, COFOG y CFISFL). La clasificación por proveedores correspondiente está vinculada a la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (COICOP, Rev. 4). En términos del origen de datos es importante, ya que la COICOP es la referencia para las estadísticas de empresas, estudios, empleo y censos. Las estadísticas del comercio internacional están más en línea con los análisis de producción y por tanto las clasificaciones se basan en la clasificación normalizada de productos (CNP).

Ejemplos de comercio de bienes y servicios de la salud en el SHA

Las importaciones y exportaciones comprenden una amplia gama de bienes y servicios de salud de consumo final, aparte del tratamiento médico y están más en línea con los límites que establece la clasificación funcional. Los ejemplos que se detallan a continuación pueden ser de utilidad ya que ilustran diferentes modos de oferta de bienes y servicios.

⁸ Además, las funciones básicas de la asistencia también se pueden clasificar por modo de producción (por ejemplo, hospitalario, hospitalización de día, ambulatorio y asistencia domiciliaria).

Servicios individuales de salud

Son los servicios de salud a determinadas personas, como podrían ser las consultas de salud por vía remota (que se les puede denominar de muchas maneras, como telemedicina, e-salud, e-medicina, etc.), que se prestan a través del teléfono o internet en los que el médico está en un país y el paciente en otro. Este tipo de supervisión remota del paciente puede realizarse después de que el paciente haya sido intervenido quirúrgicamente en el extranjero y haya vuelto a su país de residencia. Sin embargo, los bienes y servicios de salud de un proveedor en un país a un proveedor en otro se consideran consumo intermedio, y son insumos de un servicio residente a residente (por ejemplo, los diagnósticos o productos sanguíneos enviados desde un laboratorio en el extranjero a un hospital del país del paciente) y, por tanto, no se registran como importación en el SHA.

Sin embargo, las transacciones más importantes para el comercio internacional en lo que se refiere a servicios de salud en el SHA son las relacionadas con el consumo de los pacientes en el extranjero para un tratamiento planificado (por ejemplo, tratamiento odontológico, cirugía de la rodilla, rehabilitación, etc.) o cuando surge una necesidad mientras una persona está en el extranjero. Por ejemplo, un paciente en el país A que recibe tratamiento médico planificado en un hospital en el país B. En el país A se haría un asiento en el gasto total de salud – que se trata como exportación en el país B y una importación en el A. De forma similar, el costo de la compra de medicamentos por un turista mientras está en el extranjero y cae enfermo y acude a una consulta de un médico, se debería incluir en el gasto en salud del país del turista.

El traslado temporal de los profesionales de la salud de un país a otro, es otro ejemplo de comercio internacional de servicios de salud. Este traslado podría ser de un solo profesional de la salud, o un equipo de médicos o especialistas trabajando para un proveedor no residente contratados durante un breve período de tiempo para prestar sus servicios en otro país. También pueden ser programas de ayuda extranjeros, en los que los bienes y servicios los pueden prestar directamente a los residentes las ONG o países extranjeros. Una vez más, aquí lo importante es la prestación del servicio y no el financiamiento.

La estancia temporal de profesionales de la salud también puede provocar ciertas dudas, debido a la situación de empleo o residencia del proveedor, que puede ser difícil de concretar, sobre todo cuando cuidadores no residentes están prestando asistencia de larga duración a otras personas.

Bienes médicos

Con respecto a los bienes médicos, se puede tratar simplemente del oferta de productos de salud (productos farmacéuticos, bienes médicos perecederos y no perecederos) directamente a pacientes o consumidores por un proveedor no residente, por teléfono, correo electrónico o a través de internet. El aumento de las farmacias en internet y el reconocimiento de las prescripciones y reembolsos transfronterizos, por ejemplo, en la Unión Europea (Schmidt y Pioch, 2003), probablemente harán aumentar los diferentes mecanismos de oferta de bienes médicos, alejándose de la farmacia tradicional local.

Por lo demás, el principal canal de consumo de bienes médicos en el extranjero serán las compras de los turistas y personas de viaje en el extranjero (que en las estadísticas de comercio internacional se notifican en la categoría “viajes”). La gran diferencia en precios y la liberalización de las normas sobre prescripciones entre los países puede provocar un gran movimiento transfronterizo para comprar productos farmacéuticos en países vecinos (Byrd y Law, 2009)⁹.

Servicios de servicios de salud colectiva

La cobertura del seguro de salud a los residentes de compañías de seguro no residentes y vice versa también se deben considerar ejemplos de comercio internacional en el SHA. Sin embargo, en línea con la recomendación general que hace el SHA en relación con la administración de la salud y el seguro, sólo se incluye el costo de la prima que pagan los hogares. Cualquier pago de la aseguradora no residente a los residentes, o en nombre de los residentes, por los servicios de salud se debe considerar comercio exterior, si el servicio de atención lo prestan también proveedores de servicios de salud no residentes. Por ejemplo, si un residente de Estados Unidos contrata un seguro de salud con una aseguradora que está en México y recibe asistencia odontológica de un odontólogo en México, el costo del seguro y del servicio se considera una importación para Estados Unidos.

En el área de la salud pública, y en lo que se refiere a ciertos aspectos de la gobernanza y administración del sistema de salud, puede ser que algunas de estas áreas se contraten en el exterior, o las suministren entidades no residentes. Por ejemplo, las organizaciones internacionales se pueden encargar de la planificación y reforma del sistema de salud en forma de servicios de consultoría, o participando directamente en medidas de prevención y de salud pública. De la misma forma, parte de la asistencia técnica en especie proporcionada por una entidad extranjera, debe considerarse como importación en el país recipiente.

Casos dudosos en el comercio de bienes y servicios de la salud

Existe una serie de casos dudosos en lo que se refiere al comercio de servicios de salud. Por ejemplo, puede existir una gran proporción de tratamientos consumidos en el extranjero, o de proveedores extranjeros, porque en el país existen determinadas limitaciones de tipo jurídico o no existen las especialidades.

Una gran parte de los servicios de cirugía cosmética se pueden prestar en el extranjero, en parte para conservar el anonimato. Clínicas especializadas llevan a cabo procesos de cirugía plástica reconstructiva, o solo con fines estéticos. Incluso aunque los tratamientos estéticos los realicen profesionales de la salud utilizando tecnología médica, estos servicios se hallan fuera de los límites del SHA porque su propósito no es la salud (véase capítulo 4). Sin embargo, cuando no es posible separar los tipos de cirugía cosmética, o existe alguna duda acerca de su propósito, se recomienda que todos los servicios de esta naturaleza se incluyan como gasto en salud y por tanto se reflejen en las cifras totales de importación y exportación.

⁹ El estudio de Byrd y Law destaca la práctica de los residentes de los Estados Unidos que cruzan la frontera para comprar antibióticos, que se dan sin receta en México.

Otro área de tratamiento que tiende a atraer a los consumidores de otros países es el de las tecnologías de reproducción asistida (TRA). Estos servicios generalmente los prestan instituciones y profesionales bona fide y su propósito principal es la salud, por lo cual se recomienda incluirlos como gasto en salud.

Otra área en la que se presentan casos dudosos en el “turismo médico” son los servicios de bienestar y salud. Estos van desde spas/gimnasios a spas/hoteles o resorts o al spa o balneario tradicional relacionado con los recursos naturales del país, hasta instituciones de tipo médico que emplean profesionales de la salud (SRI International, 2008). En las encuestas, muchas veces no se distingue entre salud y bienestar, pero en general estos servicios sólo se deben incluir cuando el propósito está claramente identificado como curativo, de rehabilitación o preventivo.

Muchos visitantes también acuden a un país buscando alguna terapia alternativa, o a un tratamiento de medicina tradicional que no existe en su país. También es necesario hacer referencia a la sección de las MTCA en el capítulo 5 en lo que se refiere a la inclusión o exclusión del mismo, ya sea como gasto en salud o como una partida relacionada con la salud.

En términos de consumo de bienes médicos, los mismos límites fijados en el capítulo 4 y 5 se deben aplicar para el comercio de bienes médicos, tanto si se compran directamente mientras se está de viaje en otro país, como si se envían de otros países. Por ejemplo, los productos de nutrición u otros productos de “salud” que sólo se deben incluir con determinadas limitaciones, es decir, cuando hayan sido recetados por profesionales médicos, así como vitaminas y minerales en caso de prescripción y distribución por proveedores de servicios de salud. Uno de los ejemplos claros de exclusión es el de las cremas solares, que consumen los turistas en épocas de vacaciones.

Los viajes a otro país para recibir tratamientos acarrea costos que pueden estar o no estar relacionados con la salud. Un ejemplo es el de los costos de transporte que pueden ser especialmente elevados si se viaja en avión. En el caso de que el viaje forme parte íntegra del “paquete” de atención médica (por ejemplo, algunos residentes en el Reino Unido el NHS los envía a otros países para determinadas operaciones) y los cubra un seguro privado o social, entonces se debe incluir en el gasto total. Sin embargo, el transporte de un paciente residente, si se puede identificar por separado, no se debe considerar como una importación, si el servicio lo presta un transportista residente. En el caso de un viaje privado, o un viaje cuyo propósito sea recibir tratamiento médico específico, se propone que los costos del transporte se excluyan del gasto en salud. Hay otros costos en los viajes médicos cuando los organizan una agencia de viajes médicos o un intermediario, como ocurre en los Estados Unidos. Dado que estos agentes normalmente residen en el país del propio paciente, cualquier comisión abonada sobre el conjunto de servicios médicos se considera una transacción residente a residente y no se debe incluir como comercio internacional.

En determinando casos, un paciente que viaje a otro país lo puede acompañar una o más personas (especialmente en el caso de los niños que requieran tratamiento). Lo normal es que los costos los cubran los presupuestos públicos o el seguro de salud. A menos que el propósito de los acompañantes sea médico, se

sugiere que dichos gastos no se consideren de salud sino más bien, como un gasto relacionado – es decir, servicios de viaje relacionados no de salud.

Otro de los motivos para desplazarse por motivos médicos a otro país es para un comercio ilegal o no ético (por ejemplo, para el transplante de un órgano). Aunque ese tipo de comercio sea ilegal y no deseable, si cumple el criterio de servicio dentro de los límites de la salud, en principio se debe registrar en las cuentas de la misma forma que los servicios legales. Por ejemplo, aunque el aborto puede ser ilegal en un país, el servicio se presta aunque de forma ilegal. En dichas circunstancias, cuando se paga por el servicio, que es lo más probable, el pago se registra en el SHA. Otras actividades, que entran en los límites del SHA y que son legales, pueden ocultarse deliberadamente a las autoridades públicas.

Uso intermedio frente a uso final de bienes y servicios de salud

El modelo de consumo final adoptado en la estructura del SHA refleja una diferencia notable en cuanto al alcance del comercio exterior en las cuentas de salud y el más amplio alcance contenido en las estadísticas de comercio en la balanza de pagos y las cuentas nacionales. En el caso de las cuentas de salud, se deben excluir los bienes y servicios de la salud importados para uso intermedio (por ejemplo, de un proveedor extranjero a un servicio prestado a un paciente por un proveedor del país), a pesar de que no se considera así en las estadísticas de comercio internacional.

La distinción entre uso final e intermedio sólo es importante para aquellos bienes y servicios que cruzan fronteras, que en la actualidad representa una pequeña parte del comercio en salud, aunque cada vez más en expansión (a través del desarrollo de la e-salud, farmacias en internet, etc.). El consumo directo de servicios de los residentes en el extranjero (considerado como importación de servicios de salud) y de los no residentes dentro de un país (considerado como exportación de servicios de salud), constituyen servicios prestados de forma directa a los pacientes (por ejemplo, una visita planificada por un no residente a un especialista o un hospital) y, por tanto, se consideran consumo final.

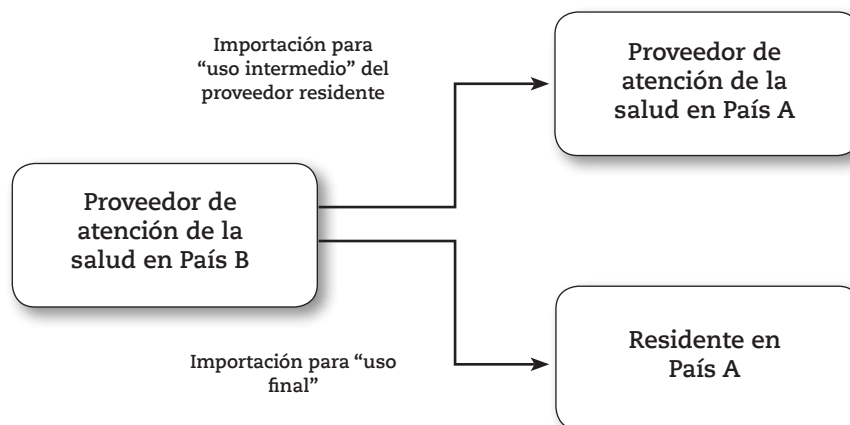
En lo que respecta a los servicios de salud prestados al otro lado de una frontera entre dos países la situación es diferente. Gran parte del aumento en el comercio de servicios de salud transfronterizo se ha producido en la categoría proveedor a proveedor; por ejemplo de servicios de diagnóstico de laboratorios en otro país para los hospitales residentes, en vez de entregárselos directamente al paciente. En un país, la importación de servicios médicos puede ir destinada principalmente al consumo intermedio mientras que para otro, quizá un país más pequeño, la importación de servicios de salud para su uso final puede ser relativamente alta. La diferencia en el enfoque que adopta el SHA y el de las cuentas nacionales, subraya dos conceptos diferentes que pueden ser importantes para la importación de servicios de salud:

En primer lugar, en el SHA, la medicina en el trabajo se incluye en los totales nacionales del gasto en atención de salud. En el SCN, esta partida se registra como servicios auxiliares y parte de la producción intermedia de las empresas. Por tanto, el uso de los servicios de salud no residentes que hacen las empresas residentes, para

sus empleados (o el uso de servicios de salud en otros países cuando dichos empleados están en viaje de negocios) se contabilizaría como consumo intermedio en las cuentas nacionales, mientras que en el SHA se incluiría como consumo final e importación.

En segundo lugar, la visión del consumo en el SHA requiere un enfoque distinto del de la producción en las cuentas nacionales. Las cuentas nacionales no hacen una distinción entre bienes médicos importados por mayoristas y farmacias para su venta, de los bienes médicos importados directamente por los hogares para uso propio. Este enfoque contrasta con el del SHA, en que sólo la compra de bienes médicos de los hogares a minoristas de otros países para su consumo personal se consideran importaciones – las importaciones de los mayoristas y farmacias se consideran un insumo en la función de prestación de bienes y servicios de salud de las farmacias y otros minoristas de bienes médicos (gráfico 12.1) (véase capítulo 4).

Gráfico 12.1 **Tratamiento de las importaciones en el SHA**



Fuente: IHAT para SHA 2011.

Estas diferencias hay que tenerlas en cuenta al comparar las cifras de importaciones y exportaciones en la Balanza de Pagos y las Cuentas Nacionales. Sin embargo, en un análisis más exhaustivo puede ser de interés conocer la cifra total de importaciones y exportaciones dentro del sistema de salud, conciliando las cifras con las del comercio internacional.

Fuentes de datos para calcular el comercio internacional de servicios de salud en el SHA

En general, las fuentes de datos utilizadas para recoger las estadísticas para el comercio internacional y la balanza de pagos serán las fuentes de información de las cuentas de salud que calculan el flujo de bienes y servicios de la salud entre países, a pesar de las diferencias conceptuales menores resumidas anteriormente. De hecho, los componentes “viaje relacionados con la salud” y “servicios de salud” de la clasificación EBOPS (Ver Anexo G) son un punto de partida para calcular gran parte del comercio en el SHA. Además, las recomendaciones para las notificaciones futuras en la EBOPS 2010 agruparán y aislarán los “servicios de salud” de otro tipo de consumo relacionado con los viajes, para armonizar más las definiciones con el SHA.

Sin embargo, los datos sobre el comercio de servicios de salud siguen siendo escasos y mal notificados. La calidad de los datos existentes varía considerablemente entre países y depende del modelo de provisión. Uno de los principales objetivos de esta sección es por tanto indicar cómo recoger y mejorar la información sobre el comercio de servicios de salud, analizando las fuentes normalizadas de información existentes e identificando otras posibles. La mejora de las estadísticas de comercio en el área de la salud no solo beneficia a las cuentas de salud, sino que es un esfuerzo de colaboración para medir mejor el comercio internacional en general, que puede beneficiar a las personas encargadas de recoger la información tanto para la balanza de pagos como para las cuentas de salud. Lo cierto, sin embargo, es que el valor de la importación y exportación de servicios de salud sigue siendo relativamente marginal en la mayoría de los países y en la mayoría de los servicios de salud, por lo que habría que considerar la posibilidad de invertir en recursos para identificar o desarrollar nuevas herramientas de recopilación de información. Esto también debe ser visto a la luz de las obligaciones internacionales de notificación de datos así como de las tendencias percibidas.

La recopilación y las fuentes de datos para las categorías de la clasificación EBOPS y para las importaciones y exportaciones en el SHA comparten características comunes, pero se ha comprobado que también hay diferencias en conceptos que hay que tener en cuenta. Las cuentas de salud requieren información adicional a la necesaria para la balanza de pagos, pero lo fundamental es que exista una correspondencia clara entre los diferentes sistemas.

Como ocurre en la elaboración de las cuentas de salud, la medición del comercio internacional de servicios de salud presenta muchos desafíos. Elegir las mejores fuentes de información depende en gran medida de cómo esté organizado el sistema de salud. Ninguna fuente de información será la idónea para cubrir todas las necesidades. Además, serán necesarios varios enfoques para calcular las importaciones y exportaciones. En el caso de las exportaciones, en general, aunque no siempre, no se dispondrá de datos de los proveedores extranjeros. Normalmente el cálculo de las importaciones y exportaciones se realiza con estadísticas compuestas que se basan en una serie de fuentes diferentes y asumiendo muchos supuestos e hipótesis.

Uno de los trabajos iniciales para recoger las cifras de la importación y exportación de bienes y servicios de salud debería ser un inventario de todas las fuentes de información existentes o disponibles y evaluar si son idóneas y suficientes. En una situación ideal, debería coincidir con la definición y ámbito geográfico y temporal (es decir, período de residencia) en este capítulo y otros de este manual. Sin embargo, es poco probable que los datos existentes se correspondan completamente con las necesidades de los encargados de generar las cuentas de salud. Por ejemplo, las encuestas sobre el turismo pueden no hacer una distinción clara entre “turistas” y otras categorías de no residentes, como trabajadores de temporada o cerca de las fronteras, o pueden incluir en la misma actividad los servicios médicos y los de bienestar. Todas las diferencias deben estar bien documentadas. De lo contrario, puede ser necesario ajustar o calibrar los datos utilizando otras fuentes de información, incluyendo datos no financieros. Sin

embargo, hay que tener cuidado en como se maneja el equilibrio entre la necesidad de disponer categorías muy detalladas con la importancia de la validez y calidad de los cálculos resultantes.

En el primer ejemplo, no existe una separación por modo de provisión, aunque para un país puede ser conveniente disponer de una partida de notificación adicional. En principio, en la estructura del SHA hay que dividir las importaciones por función (HC), esquema de financiamiento (HF) y si fuera posible por modo de provisión. Desde el punto de vista de las exportaciones, la dimensión principal puede ser por función (HC) y proveedor (HP) con el modo de provisión como dimensión secundaria.

Para poder desagregar funciones y proveedores se pueden adoptar dos enfoques en la recopilación de información, dependiendo de las diferentes fuentes existentes. En algunos casos se puede utilizar un modelo descendente que confía en la cifra general, aplicando una distribución, con la información de una fuente o un año diferente, para hacer las asignaciones en otras categorías. Cuando existan fuentes de información válidas de varios componentes, se puede calcular el total aplicando el modelo ascendente. Es posible que lo que haya que utilizar sea un enfoque mixto en el que algunas partes del rompecabezas se puedan conocer de los datos administrativos detallados y otras partes falten.

Encuestas a empresas y negocios

Desde el punto de vista de los servicios prestados por los proveedores de servicios de salud en el país a los no residentes, los datos se pueden obtener de encuestas a empresas o negocios. Las encuestas que se realizan pueden ir desde las que toman una pequeña muestra, a las que tienen en cuenta datos administrativos más extensos que los proveedores están obligados a notificar¹⁰. Se puede llevar a cabo un estudio con una muestra representativa de proveedores, averiguar cuántos pacientes extranjeros han sido tratados y cuánto ha costado dicho tratamiento, cómo se ha pagado etc. A partir de esa muestra, se puede calcular una cifra para todo el país. Una alternativa, si la prestación de bienes y servicios de la salud se concentra en unos pocos proveedores, es que los resultados de una encuesta sea la base para hacer cálculos para todo el país. Puede que la única información que exista sea la no monetaria, como por ejemplo el número de pacientes no residentes admitidos. En algunos casos, se puede asumir que el costo por tratamiento no varía entre los pacientes residentes y los no residentes, pudiendo calcular así el gasto total.

En la mayoría de los casos, puede que sea inviable diseñar un cuestionario o encuesta con los datos existentes. Puede que se disponga de datos de los grandes proveedores como hospitales y clínicas, pero no se puedan conseguir de los proveedores más pequeños, como por ejemplo odontólogos con consultas

¹⁰ En Corea, por ejemplo, el Artículo 27-2 de la Ley de Asuntos Médicos estipula que una institución médica que vaya a tratar a pacientes extranjeros debe estar registrada en el Ministerio de Salud y Bienestar Social, y notificar al mismo información detallada de cada tratamiento, incluida la nacionalidad, edad, sexo, tipo de tratamiento y período de tratamiento y costo del año anterior antes del treinta y uno de marzo de cada año.

privadas¹¹ o especialistas. A veces las personas que viajan por razones de salud, compran los bienes y servicios en clínicas especializadas de salud privadas. Parte de la información se puede conseguir de organizaciones de comercio, instituciones de caridad, etc. Es el caso por ejemplo de los seguros de viaje y de salud para los no residentes al calcular los servicios administrativos prestados a los no residentes.

Otras encuestas se pueden centrar en los datos de las ONG e instituciones de caridad que prestan servicios de salud a personas en situación irregular como los refugiados e inmigrantes. Los datos por regla general serán de naturaleza no financiera (Médicins du Monde RU, 2007).

Rama de actividad minorista y comercio electrónico (véase OCDE, 2009)

La información sobre los ingresos totales de las farmacias y la venta al por mejor de los proveedores de gafas graduadas, audífonos y otros dispositivos médicos se puede obtener de las estadísticas fiscales de la administración. Sin embargo, estas fuentes de datos normalmente no incluyen la parte de los ingresos correspondientes a las ventas a los no residentes. Si se utilizan los datos de ventas en farmacias, será necesario tener en cuenta las cifras de importación y exportación paralelas de bienes médicos.

La existencia de grandes diferencias en los precios de los productos farmacéuticos entre países que forman parte de sistemas de libre comercio como en la UE, ha ocasionado un rápido aumento de las denominadas importaciones y exportaciones “paralelas”. Los intermediarios, como por ejemplo los mayoristas, farmacias y otros comerciantes, pueden aprovecharse de las diferencias en precio y comprar medicamentos bajo prescripción en farmacias de países donde son más baratas, para luego venderlas en su país a precios incluso más bajos que los oficiales. En la UE, se calcula que este comercio representa una décima parte del comercio europeo de medicamentos (FT.com, 7 de junio de 2010).

Gran parte de la información sobre la compra de productos en otros países se puede conseguir de las encuestas a turistas y visitantes y se puede aplicar a la información de los ingresos totales de los minoristas.

Para los hogares, el comercio electrónico representa un método alternativo de compra (y cada vez más de venta) de bienes y servicios para uso privado. El interés político y estadístico con respecto al sector de los hogares que utilizan internet para ese tipo de transacciones, está en las compras más que en las ventas. Las encuestas normalmente recogen la información de la actividad de compras de cada persona a través de internet, detallando a veces la naturaleza de los bienes y servicios adquiridos, el valor de los mismos y los pagos en línea o las dificultades

¹¹ Parte de la información se ha utilizado para calcular la balanza de pagos de Austria en base a un estudio sobre los odontólogos cerca de la frontera de Austria con Hungría para conocer los flujos transfronterizos. Fuente: Balance of Payments Country notes (http://www.esds.ac.uk/international/support/user_guides/imf/bops.asp).

para realizar las compras por internet.¹²

Uno de los aspectos que más ha preocupado a los estadísticos es la fiabilidad del valor de las ventas que se notifica. Como ocurre con los compradores, separar las transacciones de comercio realizadas a través de internet por ubicación del cliente (internacional frente a nacional) es igual de problemático. La experiencia indica que las empresas tienen dificultad para reportar de esta manera, ya que no tienen por qué conocer necesariamente el destino de sus ventas, y en segundo lugar, si lo supieran, no tendrían necesariamente que registrar dicha información.

Dado que no se puede consultar mucha de la información de los proveedores extranjeros en lo referente a bienes y servicios de la salud, la mayor parte se puede obtener del financiamiento al consumo en el extranjero – sobre todo, de los reembolsos de los seguros públicos y privados.

Fuentes de la administración pública (oficinas de enlace)

Las fuentes gubernamentales pueden mantener datos y registros de servicios que prestan los proveedores de salud residentes a los no residentes, así como de los proveedores no residentes a los residentes (o personas aseguradas). En algunos países donde existen acuerdos regionales o bilaterales, pueden existir datos sobre el número y el gasto de los residentes en el extranjero y de los no residentes en el país. Cuando existen transferencias a mano alzada entre países, basadas en acuerdos, estos se deben considerar pagos en bruto y no transferencias netas. Cuando existen acuerdos regionales o bilaterales (como el derecho de los ciudadanos de la UE a prestaciones en especie durante su estancia en otro país miembro de la UE), los datos se pueden obtener de varios ministerios (Ministerio de Hacienda, de Salud u otro ministerio que mantenga un registro de la importación y exportación de los servicios de salud, tal como lo especifican los reglamentos). En algunos países los datos se pueden obtener de los fondos del seguro de salud (públicos o privados) donde se reflejan los reembolsos de los servicios de salud prestados en el extranjero.

Esquemas de la seguridad social y oficinas internacionales de enlace

Los registros de las oficinas de enlace de la seguridad social son una fuente de información de bienes y servicios de salud consumidos por la población asegurada. Toda esta información es cada vez más detallada e incluye el tipo de tratamiento y país tanto de las personas aseguradas en el extranjero como de los no residentes¹³. Sin embargo, estas instituciones gestionan solo las reclamaciones basadas en la legislación internacional y algunos acuerdos bilaterales. Las reclamaciones

¹² Los países de la OCDE varían en su esfuerzo de recopilación de datos en esta área. A causa de los cambios en el modelo de estudio de los hogares de Eurostat, pocos países europeos están obteniendo el valor de las compras a través de internet. El modelo de la OCDE de 2005 ha denominado el valor de las compras como una cuestión que no es básica que refleja la dirección de Eurostat y la dificultad de los que responden a las encuestas para recordar el valor de las compras. Además de la actividad de compra, el cuestionario modelo pregunta a las personas si han realizado una venta por internet, utilizando por ejemplo páginas de subastas. También pregunta por el tipo de productos que se compran por internet y las dificultades que han tenido al hacer las compras.

¹³ Por ejemplo, las oficinas de enlace de la UE CLEISS en Francia y DVKA en Alemania, dan información de las reclamaciones a los fondos de seguros médicos sobre el tratamiento de los no residentes (exportación de servicios) y las reclamaciones de las oficinas de enlace internacionales para el tratamiento en el extranjero de las personas aseguradas en Alemania en nombre de los fondos de seguros médicos alemanes (importación de servicios).

de reembolso que presentan los pacientes a los fondos de seguro de salud no se registran en las oficinas de enlace y es necesario complementarlas con información de los fondos de seguro de salud mismos. Sin embargo, los registros en ambos casos reflejan la población asegurada más que la residente. La población asegurada no es necesariamente idéntica a la residente según se ha definido en el SHA¹⁴. Si no se controla el gasto de los no residentes, el uso de los registros financieros dará una cifra más alta del consumo de bienes y servicios de servicios de salud en el extranjero.

Otro punto que hay que tener en cuenta es la información relativa al reembolso de los tratamientos en el extranjero en vez del costo completo. En circunstancias óptimas, se puede tener información adicional del costo total de los servicios, permitiendo con ello hacer supuestos sobre los costos compartidos y los pagos directos. En la mayoría de los casos sin embargo, se requiere más información sobre los reembolsos de los seguros privados y los pagos directos en las encuestas de hogares y las de viajes.

Otras fuentes administrativas

En algunos países, los ministerios de salud y las entidades públicas que compran servicios de salud han organizado contratos con proveedores no residentes para enviar a los pacientes a determinados tratamientos al extranjero. Los informes anuales pueden dar información sobre el número de pacientes y sus costos.

En determinados ministerios también puede haber información sobre los tratamientos “gratuitos” a grupos concretos de población, como refugiados y otros no residentes en países con un sistema de salud universal donde no se paga en el punto de oferta. Los gastos en el extranjero del personal militar, el personal de las embajadas en otros países¹⁵, etc., se pueden recopilar de forma separada. Los ministerios y agencias de desarrollo también pueden disponer de datos sobre la asistencia en el extranjero.

Seguros médicos privados

Los registros de las compañías de seguros médicos privados que ofrecen seguros primarios o complementarios (incluidos los seguros de viaje) pueden ser una fuente de información por las reclamaciones que presentan las personas aseguradas en el extranjero. Esta información dependerá de la obligación de facilitar los datos, por lo que la información sobre el tipo de tratamiento y país puede variar. La asociación nacional de aseguradoras privadas puede ser la responsable de recoger y publicar los datos de sus miembros¹⁶.

¹⁴ En el caso del esquema de seguro de salud obligatorio alemán, cerca de 300.000 personas en dicho seguro y por tanto generadoras de gastos, son no residentes (por ejemplo, un jubilado alemán que pasa su jubilación en España). Desgraciadamente, el gasto de los no residentes no se puede separar del gasto de los residentes.

¹⁵ En el caso del esquema de seguro de salud obligatorio alemán, cerca de 300.000 personas en dicho seguro y por tanto generadoras de gastos, son no residentes (por ejemplo, un jubilado alemán que pasa su jubilación en España). Desgraciadamente, el gasto de los no residentes no se puede separar del gasto de los residentes.

¹⁶ Por ejemplo, en Alemania la PKV, la asociación de compañías de seguros médicos privados organiza a 46 compañías de seguros médicos privados. Esta asociación facilita los resultados financieros combinados de los seguros médicos primarios y complementarios además de información de las reclamaciones en el extranjero por categorías tales como servicios hospitalarios, ambulatorios y odontológicos.

Encuestas a hogares y a turistas

Las fuentes de datos de los pagos privados directos normalmente son las encuestas a los hogares. Estas pueden ser encuestas institucionalizadas sobre presupuestos de los hogares o encuestas especializadas basadas en con información que facilitan de forma voluntaria los mismos.

Es necesario analizar con cuidado los datos que facilitan de forma voluntaria los hogares en relación al gasto, para comprobar si notifican el importe bruto o neto. Las personas con seguro privado de salud normalmente tienen que pagar el costo del tratamiento médico y después reclamar parte del costo o la totalidad del mismo a su compañía de seguros. Existe la posibilidad de una doble contabilidad y una sobrestimación de los pagos privados cuando otros esquemas no deducen el reembolso. Lo que dificulta llevar una contabilidad correcta es el hecho de que normalmente pasa tiempo entre el momento en que se realiza el pago de la factura y su reembolso. Además, puede que los gastos en salud en el extranjero no se reclamen por su baja cuantía. Se recomienda añadir preguntas a las encuestas existentes (por ejemplo, encuestas de gasto en salud, encuestas de presupuestos domésticos, etc) en vez de crear un nuevo cuestionario. Esas preguntas adicionales podrían preguntarse solo de forma ocasional, en un módulo aparte, con lo cual se reducirían costos.

En muchos países se realizan encuestas de turistas o de viajes para medir las actividades de los viajeros¹⁷. Algunas encuestas se han diseñado para satisfacer las necesidades de la balanza de pagos y medir el costo de los viajes, así como otros tipos de gastos e ingresos. Pero esa información no es la que muchas veces se necesita en el SHA y es necesario adaptarla. Los viajeros pueden ser encuestados cuando llegan a un país o salen del mismo, o incluso después de su vuelta al país de residencia, para que informen de las importaciones y las exportaciones. Las encuestas a las llegadas miden los gastos de los residentes en el extranjero que vuelven a casa y prevén los gastos de los visitantes no residentes. Las encuestas a la salida miden los gastos de los visitantes no residentes y los gastos previstos de los visitantes residentes que salen. Algunas encuestas a los viajeros que han regresado recogen información de los residentes después de pasado un tiempo de su regreso. Las encuestas a veces incluyen una categoría para que especifiquen el motivo de su viaje, es decir razones de “salud o médicas” y para que informen de cuánto han gastado en el tratamiento. Cuando se analiza el gasto hay que tener en cuenta las atenciones de salud, para evitar la doble contabilidad de los reembolsos posteriores.

También se puede obtener información adicional en las encuestas a pacientes realizadas por los grupos de seguros médicos. El TK (Techniker Krankenkasse), por ejemplo, una de las principales compañías de seguros en Alemania con más de 7 millones de asegurados en 2009, realiza una encuesta anual a sus pacientes, quienes dan información detallada de los servicios de atención recibidos en otros países (Techniker Krankenkasse, 2009).

¹⁷ Un ejemplo de un encuesta de viajes hogares en Irlanda, se puede consultar en Ireland Central Statistics Office (2009).

Otras fuentes

En algunos casos, los datos publicados por otros países (estadísticas espejo) se pueden utilizar posiblemente para cuadrar o validar otros datos, o como fuente para los datos de las exportaciones. Por ejemplo es el caso de algunos datos sobre reclamaciones y reembolsos por acuerdos internacionales y bilaterales.

Los servicios de salud prestados por profesionales en el extranjero pueden ser prestados por no emigrantes (con una estancia inferior a un año) o emigrantes de corta duración (admitidos en otro país durante al menos 3 meses, pero menos de 12 meses). Para que sus servicios puedan incluirse en la clasificación de importaciones o exportaciones, los profesionales tienen que realizar un servicio de salud en el extranjero sin intentar acceder al mercado de trabajo del país anfitrión. Los datos recogidos deben incluir el número de proveedor del servicio médico, el tipo de servicio médico realizado, la profesión de los profesionales de la salud y la duración de su estancia. Estos datos se pueden conseguir en las agencias gubernamentales que conceden los permisos de trabajo, los registros profesionales, hospitales o encuestas en las diferentes ramas de actividades.

Las tablas de demanda y oferta de las cuentas nacionales describen con detalle la relación entre la compra y la venta, tanto final como intermedia, entre productores y consumidores, tanto en términos de rama de actividad como de producción. Una tabla complementaria que podría ser de utilidad para las cuentas de salud es una tabla de importaciones, la cual se compila para separar el uso de bienes y servicios importados de los producidos en el país. Esta tabla no forma parte de la estructura básica de insumo-producto y, por tanto, es posible que sólo pueda existir en un número reducido de países¹⁸. Cuando se evalúa la información de las tablas de demanda y oferta y las de insumo-producto, hay que tener en cuenta una serie de puntos importantes:

- En primer lugar, la diferencia en conceptos y definiciones de lo que son importaciones en las cuentas nacionales y en el SHA. Como ya se comentó en la sección anterior con los productos, el SHA define de forma más estricta lo que se considera importaciones, limitándolas a los bienes médicos importados por los hogares para su uso propio. Por eso, la información sobre las importaciones totales de productos farmacéuticos y la división entre uso final e intermedio de las matrices de importación tendrán un valor limitado. En el caso de los servicios de salud, hay que tener en cuenta el trato diferente que se le da a la medicina del trabajo importada, ya que en las cuentas nacionales se considera consumo intermedio, mientras que en el SHA se contabiliza como consumo final.
- La compra directa de bienes y servicios de los residentes en sus viajes al extranjero se trata de forma separada. La mayoría de los países no pueden identificar dichos gastos por tipos de productos, por lo que el valor analítico de los balances de insumo-producto es bastante cuestionable – y con frecuencia aparecen en una sola fila de ajuste de la tabla de oferta, para calcular el total de importaciones,

¹⁸ La base de datos de la OCDE incluye tablas de insumo-producto de una cantidad cada vez mayor de países, tanto de la OCDE como no pertenecientes a ella, sobre una base armonizada, es decir, rama de actividad-por-rama de actividad, precios básicos y clasificaciones de las ramas de actividad. Véase OCDE (2006): DSTI/DOC(2006)8.

que se añade al consumo final del hogar en la tabla de demanda.¹⁹ Cualquier gasto en servicios de salud de las personas en viajes de negocios se considera un consumo intermedio y en teoría se asigna a la rama de actividad como consumo intermedio *importado* en vez de consumo final.

- De forma similar, las compras de los no residentes en el territorio se consideran exportaciones y se deducen del consumo final de los hogares. El total correspondiente se pone en la columna de exportaciones con un valor positivo y se deduce la misma cantidad en la columna de consumo final de los hogares. Las metodologías para desglosar este gasto total de los residentes en productos varían considerablemente. Por ejemplo, en una encuesta especial se analizó el gasto de visitantes extranjeros en el Reino Unido. Aunque solo se obtuvieron cifras sobre el gasto general, fue posible subdividirlas utilizando patrones de gasto de los residentes del Reino Unido en grupos similares de productos, aunque los resultados evidentemente no son muy precisos (Balances Input-Output del RU: Guía Metodológica, 1997).
- No es frecuente recoger directamente información para las tablas de demanda de importaciones. Normalmente se elaboran en base a supuestos y se utilizan distintos modelos para completar las tablas. Se pueden calcular algunos de los valores de determinadas celdas, pero no se puede verificar su exactitud estadística. Los países utilizarán estos supuestos cuando creen las matrices de importación. Esta técnica asume que, en cualquier producto, la parte del gasto total en dicho producto correspondiente a las importaciones es la misma para todos los consumidores, tanto de demanda final como intermedia - parte que está determinada por la aportación de las importaciones a la oferta total del producto en la economía. Por ejemplo, si el 10% de todos los servicios de salud vendidos en una economía son importados, se supone que la parte del gasto en servicios de salud compuesto por las importaciones es el 10% para cualquier consumidor.
- Finalmente, aunque es poco frecuente, en las tablas de demanda y oferta a veces solo se reflejan los precios básicos, mientras que las tablas del SHA hay que incluir los precios de adquisición.

Otras fuentes de datos de la balanza de pagos

En las estadísticas de la balanza de pagos se utilizan muchas de las fuentes de información y métodos enumerados anteriormente, algunos de los cuales son muy importantes en las cuentas de salud. Sin embargo, la información procedente de la Estadísticas de Comercio Internacional y de los Sistemas Internacionales de Notificación de Transacciones es poco probable que den la información con el detalle que requieren las cuentas de salud.

Estadísticas de comercio internacional. La fuente tradicional de información sobre el movimiento de productos entre países para las estadísticas del comercio internacional (ECI) han sido los registros de aduana. En la Unión Europea, existen procedimientos para que las empresas declaren directamente el comercio dentro de la Unión. La ECI da poca información que puede ser útil para el SHA de manera directa, ya que en principio recoge el movimiento de todos los productos que

¹⁹ ESA 1995 recomienda que las compras directas en el extranjero se desglosen por producto.

entran y salen de un país, conforme al amplio concepto utilizado para comercio. En principio esto incluye los envíos postales. Sin embargo, los productos farmacéuticos enviados por correo por lo general no se consideran importantes y no están sujetos a declaración, no se registran y por tanto no se pueden identificar por separado.

Las personas que lleguen a un país tienen que llenar una declaración de aduana que utiliza la ECI. Las compras de productos farmacéuticos o bienes médicos que realicen esas personas generalmente no se recogen en esas estadísticas y, en cualquier caso, formarían parte de la partida de servicios de viaje de la balanza de pagos.

Por muy detalladas que sean las estadísticas, seguirán teniendo carencias importantes que imposibilitarán calcular la exportación e importación de productos de salud en la estructura SHA:

- Las importaciones se valoran a precio CIF (costo, seguro y transporte) excluidos los impuestos. En el SHA los bienes y servicios se tienen que valorar a precio de adquisición que incluye el IVA.
- En lo que se refiere al comercio intracomunitario (por ejemplo dentro de la UE), los hogares están exentos de la obligación de dar información de las importaciones y exportaciones para las estadísticas de comercio. De la misma manera, las empresas están exentas de esta obligación, si sus importaciones o exportaciones no superan los 400.000 euros al año.
- La información de las estadísticas de comercio no permiten dividir los productos para ver si se utilizan para consumo final o intermedio

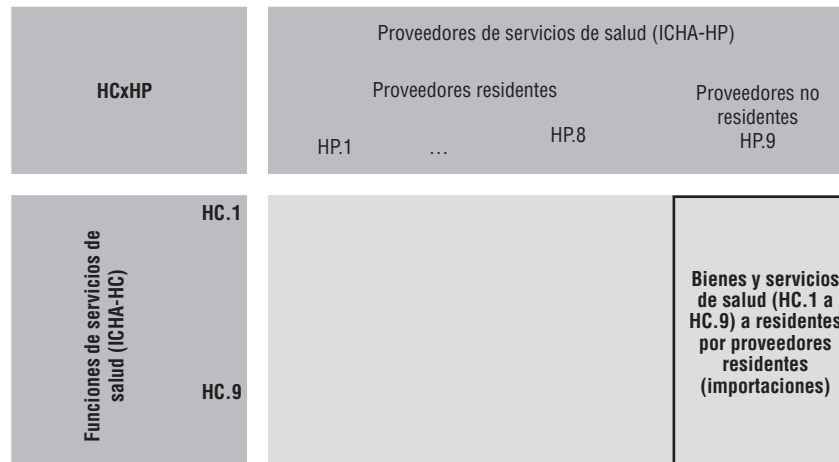
Sistemas Internacionales de Notificación de Transacciones. Un SINT incluye cada una de las transacciones entre bancos residentes y no residentes. La información se obtiene de los formularios presentados a los bancos y los presentados directamente por las empresas. Los formularios incluyen probablemente información sobre el país, el valor de la transacción y el objeto de la misma. Sin embargo, existen una serie de problemas. El primero, la clasificación se ajusta a la correspondiente al manual de la balanza de pagos y por tanto es insuficiente para las necesidades del SHA. Los datos serán sólo los de las transacciones de bienes y servicios intermedios y muchas transacciones privadas no se tienen en cuenta. También existe el problema de la diferencia del tiempo entre el momento que se realiza el pago y se presta el servicio.

Notificación del comercio de bienes y servicios de la salud en la estructura del SHA

En la tabla HCxHP del SHA, la clasificación de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP) contiene una categoría “HP.9: Resto del mundo” para “unidades no residentes que prestan servicios de salud para su consumo final a las unidades residentes”.²¹⁹ Esos bienes y servicios de la salud de los proveedores no residentes se registran de forma explícita y se clasifican según sus funciones – ya que se pueden aplicar los mismos límites para esos bienes y servicios consumidos por los residentes en el extranjero (gráfico 12.2). De forma similar, cruzando la clasificación del proveedor y la de financiamiento se puede conocer quién está pagando por la función (por ejemplo, el gobierno, el seguro privado o mediante pago directo).

Las exportaciones no se incluyen ya que el gasto en salud de una economía se limita al consumo de sus residentes exclusivamente. En la práctica, desde la perspectiva de la oferta, la compra directa de los bienes y servicios de salud por parte de los no residentes hay que excluirla de los ingresos del proveedor del país. Por razones de transparencia, y para poder conocer el consumo de los no residentes, hay que registrar dichas exportaciones. Por tanto, los bienes y servicios consumidos por los no residentes se pueden registrar en una tabla suplementaria.

Gráfico 12.2 **Bienes y servicios de salud de proveedores no residentes en la tabla HCxHP**



Fuente: IHAT para SHA 2011.

Tablas suplementarias y de notificación

Las tablas suplementarias sobre comercio dan información adicional sobre los bienes y servicios de salud que consumen en el extranjero los residentes y la prestación de bienes y servicios de salud a los no residentes (Tablas 12.1 y 12.2). En las importaciones, hay una clasificación cruzada de bienes y servicios de la salud importados por esquema de financiamiento. En las exportaciones, dado que la fuente principal de información es la de los proveedores de servicios de salud residentes, se recomienda cruzar la clasificación de función con la de proveedores.

Para reflejar las áreas de interés político, así como las posibles limitaciones de datos, las categorías HC se limitan a las principales categorías de servicios individuales de salud (HC.1-4), bienes médicos (HC.5), atención preventiva (HC.6) y gobernanza y administración del sistema de salud (HC.7) con categorías seleccionadas para gasto en internamiento, ambulatorio y atención odontológica, según se define en el capítulo 5.

Dada la importancia relativa de algunas partidas relacionadas con la salud en las importaciones y exportaciones, puede ser conveniente notificar el gasto en MTCA de manera adicional, como “spas y bienestar” y “servicios no de salud relacionados con viajes”.

Los spas abarcan muchos servicios y proveedores diferentes, por lo que dificultan las comparaciones internacionales, pero en general se pueden definir como “establecimientos que promueven el bienestar a través de servicios terapéuticos y de otros profesionales cuyo objetivo es renovar el cuerpo, la mente

Tabla 12.1 **Gasto en importaciones de servicios de salud por función y esquema de financiamiento**

Regímenes de financiación		HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.1.3	HF.2	HF.3	HF.4	
Funciones	Millones en moneda nacional	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contributiva y obligatoria	Regímenes públicos	Regímenes de seguro de salud contributivo y obligatorio	Cuentas de Ahorros Médicos Obligatorios (CAMO)	Regímenes de pagos voluntarios de atención de la salud	Pagos directos de los hogares	Regímenes de financiación resto del mundo (no residentes)	TOTAL
HC.M.1-4	Atención curativa/rehabilitación/larga duración (salud) y servicios auxiliares								
	<i>De los cuales:</i>								
HC.M.1.1/2.1/3.1	Internamiento								
HC.M.1.3/2.3/3.3	Atención ambulatoria								
	<i>De los cuales</i>								
HC.M.1.3.2	Atención odontológica								
HC.M.5	Bienes médicos (no especificados por función)								
HC.M.6	Atención preventiva								
HC.M.7	Gobernanza, administración y administración del sistema de salud								
HC.M.9	Otros servicios de atención de la salud no especificados en ninguna otra parte (n.e.p)								
	TOTAL								
Rúbricas pro memoria									
HC.RI.M.2	Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa (MTCA)								

Fuente: IHAT para SHA 2011.

y el espíritu” (SRI International, 2008). Sin embargo, cuando se puede identificar su naturaleza curativa, preventiva o de rehabilitación, por haber sido recetados por un profesional de la salud, se deben incluir como gasto en salud. Por ejemplo, algunos spas médicos están atendidos por profesionales médicos a jornada completa.

Los “servicios no de salud relacionados con viajes” se refieren al gasto como parte de un viaje a otro país para recibir asistencia pero no directamente relacionada con la salud del paciente. Puede incluir los costos del viaje y alojamiento del paciente y de las personas que lo acompañan, como de los familiares.

A escala nacional, puede ser útil disponer de tablas por modo de provisión, socios comerciales específicos o regiones (por ejemplo, en el caso de los países de la UE — separa el comercio entre los países de la UE y de fuera de la UE) o regiones subnacionales.

Tabla 12.2 Gasto en exportación de servicios de salud por función y proveedor

Proveedores	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	
Funciones	Hospitales	Establecimientos residenciales de atención de larga duración	Proveedores de atención de salud ambulatoria	Proveedores de servicios auxiliares	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	Proveedores de atención preventiva	Proveedores de atención de administración y financiación del sistema de atención de la salud	Resto de la economía	TOTAL
Millones en moneda nacional									
HC.X.1-4	Atención curativa/rehabilitación/larga duración (salud) y servicios auxiliares								
	<i>De los cuales:</i>								
HC.X.1.1/2.1/3.1	Atención hospitalaria								
HC.X.1.3/2.3/3.3	Atención ambulatoria								
	<i>De los cuales</i>								
HC.X.1.3.2	Atención odontológica								
HC.X.5	Productos médicos (no especificados por función)								
HC.X.6	Atención preventiva								
HC.X.7	Gobernanza, administración y administración del sistema de salud								
HC.X.9	Otros servicios de atención de la salud no especificados en ninguna otra parte (n.e.p)								
	TOTAL								
<i>Rúbricas pro memoria</i>									
HC.RI.X.2	Medicina Traditional, Complementaria y Alternativa (MTCA)								

Fuente: IHAT para SHA 2011.

PARTE II

Capítulo 13

Medidas de Precio y Volumen

Introducción

El interés tanto de los responsables políticos, como de los consumidores es conseguir el máximo valor del dinero. Aunque se han realizado grandes avances desde la primera edición del manual SHA, es necesario perfeccionar las mediciones del precio y el volumen. Este capítulo hace una descripción metodológica y aporta varios ejemplos del trabajo con los precios y volúmenes de salud.

La medición del precio y del volumen en salud tiene dificultades conceptuales básicas comunes a otras ramas de actividad, como por ejemplo los servicios de comunicación, informática e información. Las dificultades para medir el precio y el volumen en el sector de la salud son problemas similares a los de otras ramas de actividad como por ejemplo la de servicios. Es necesario definir la producción, elegir bien las unidades de medida y monitorear las variaciones de calidad.

Para poder estudiar las repercusiones a largo plazo de los servicios de salud sobre otras ramas de actividad, como la de servicios, las tendencias globales en productividad económica y los precios, son necesarias mediciones fiables de precios y volúmenes de los bienes y servicios de salud. Los errores en la medición del precio y el volumen de los servicios de salud repercuten en el cálculo del crecimiento total del PIB en términos reales. También se pueden subestimar los ingresos reales de los hogares, en países donde el gasto en salud es un componente importante para el índice de precios del consumidor (Boskin y col., 1996).

En el presente capítulo se estudian algunos de los problemas actuales para calcular a precios constantes la producción de mercado y de no mercado de bienes y servicios de las ramas de actividad de los servicios de salud y se analizan los problemas metodológicos en las comparaciones internacionales de precios en este campo. El capítulo no trata de las partes más técnicas de los índices y se centra en las propuestas sobre cómo mejorar las mediciones del precio y volumen.

El capítulo presenta un resumen de los métodos que varios países han puesto en marcha para mejorar la medición de los precios y la producción de las ramas de actividad de salud, principalmente a través de la medición directa de indicadores de producción. Los resultados de estos estudios indican que el sistema de salud es un ámbito donde es posible crear mejores indicadores para medir el precio y la producción, cuando existen sistemas de información detallada. Por eso es importante alcanzar algún tipo de consenso para desarrollar de forma progresiva dichos indicadores.

Medición de las variaciones del precio y volumen en la estructura del SHA

El manual del SHA se centra en el consumo final de bienes y servicios, que se calcula a precios de adquisición. El agregado “gasto en salud” combina en una sola cifra el valor monetario del consumo final de todos los bienes y servicios salud por los residentes de un país a lo largo de un período de tiempo determinado.

Otro indicador clave de interés para los actores es el aumento del valor del gasto en salud a lo largo del tiempo. El cambio en el agregado monetario se puede separar en el crecimiento que resulta de cambios en el volumen y la parte que proviene de cambios en el precio. El aumento del volumen controla las variaciones en precios entre dos períodos de tiempo para poder identificar si las variaciones en los gastos reflejan solo un aumento de los precios de los servicios de salud, o una mayor producción y por tanto, mejores servicios y mayor cobertura.

El volumen está asociado a cantidades. En una serie temporal, un índice de volumen resume las variaciones proporcionales de un conjunto de bienes y servicios entre dos períodos de tiempo determinados. Las cantidades que se comparan a lo largo de un período de tiempo determinado deben ser de productos homogéneos. Los cambios en cuando a cantidad de los diferentes bienes y servicios se deben valorar según su importancia económica, medidos por sus valores relativos en uno y otro período, o en ambos. Por ello, el volumen es un término más correcto y adecuado para comparar períodos de tiempo, más que la cantidad (SCN 2008, párrafo 15.13). De forma similar, en las comparaciones entre países, se eliminan las diferencias en los niveles de precios de los valores del gasto para poder comparar los volúmenes.

La primera parte de este capítulo se centrará en la distribución temporal volumen/precio. Para este tipo de análisis, se sugiere una estructura coherente e integrada que recoja una serie de medidas de precio y volumen que abarque todos los bienes y servicios. En este capítulo se argumentará que las estrategias básicas para medir los precios de los productos del mercado de salud son un buen punto de partida para medir la producción y precios de una parte significativa de servicios de no mercado en el sector.

Además, también se pueden aplicar los principios de análisis de tendencias para medir la producción en diferentes países, manteniendo el tiempo constante, es decir realizar comparaciones internacionales. Las medidas de variación en precio y volumen se pueden analizar desde la perspectiva de capacidad adquisitiva de distintos países para el consumo final de algunos bienes y servicios (distribución espacial volumen/precio).

Las series temporales de volumen por regla general se calculan deflactando las series temporales de precios corrientes mediante índices de precios temporales adecuados. De forma similar, los índices espaciales de precios (“Paridades del Poder Adquisitivo”) se utilizan para deflactar los agregados de precios corrientes (normalmente en divisas diferentes) para comparar el volumen de producción (o consumo) entre países.

Es importante aclarar que la serie temporal de volúmenes y los volúmenes derivados utilizando las PPA como deflactores son dos medidas distintas. En una serie temporal de volúmenes, se eliminan los efectos de variación en precios de un período a otro, para obtener medidas de volumen a partir de las cuales se calculan los índices de crecimiento económico. Cuando se comparan dos países, los efectos producidos por los tipos de cambio y precios en cada país se eliminan de los valores del gasto, para poder comparar los volúmenes en el país correspondiente (SCN 2008, párrafo 15.228).

Índices intertemporales de precio y volumen

De forma similar a lo que se hace en economía en general, se dedica un gran esfuerzo a medir el valor del PIB a precios corrientes, pero a veces un objetivo más importante sería medir el crecimiento del PIB y sus componentes en volumen. El aumento del volumen ofrece información sobre cambios en el nivel de los precios en dos períodos determinados.

Si se desea expresar un flujo en términos de volumen, se deben identificar, en principio, cada uno de los bienes y servicios que son la contrapartida del dinero gastado. La razón es porque las cantidades se pueden sumar solo cuando se trata de un producto homogéneo: si un hospital realiza 200 operaciones de sustitución de cadera (caras) y 400 cirugías de catarata (menos caras), en términos económicos no nos daría ninguna información sumarlas y decir que se han realizado 600 tratamientos. La cuestión inevitable es, por tanto, saber cómo sumar las 200 operaciones de cadera y las 400 de cataratas de forma que tengan algún significado. Esta cuestión se plantea con todos y cada uno de los miles de bienes y servicios que conforman el concepto global de servicios de salud. La respuesta tradicional es que los precios de los diferentes bienes y servicios adquiridos y vendidos reflejan tanto sus utilidades relativas para los comparadores, como los costos relativos para los productores. Sin embargo, esto no siempre es relevante en el caso de los servicios de no mercado, en los que por definición no hay un precio de mercado que refleje la relación entre consumidores y productores.

En una situación de mercado sencilla, los índices se utilizan para descomponer los cambios en los agregados de valor en sus componentes de variación de precio y volumen. Un índice de precios se puede utilizar para deflactar el valor de los productos con los que se ha realizado una transacción en el mercado, que nos da una medida de volumen de los bienes y servicios. En vez de valores deflactados con un índice de precios, se podría fijar un índice de volumen o cantidades producidas y consumidas directamente.

Un índice de precios se puede calcular como una media ponderada de la variación proporcional en los precios de un conjunto específico de bienes y servicios entre dos períodos de tiempo. De forma similar, un índice de volumen se puede calcular como la media ponderada de la variación proporcional en volumen de un conjunto específico de bienes y servicios entre dos períodos de tiempo.

Los índices más comúnmente utilizados son los de Laspeyres y Paasche. El primero se utiliza sobre todo para calcular los volúmenes, mientras que el último se utiliza para calcular la variación en los precios.¹

Hay tres aspectos que merece la pena destacar con respecto a estos índices:

- En primer lugar, las variaciones en precio y cantidad se ponderan con su participación en los gastos y dicha participación – medida según observaciones en el mercado – reflejan la valoración equilibrada de cada producto por los consumidores y productores. Por ello, los precios y los volúmenes en el mercado reflejan una relación

¹ Una descripción de la fórmula del índice para calcular los precios del productor y consumidor, se puede consultar en OIT y col. (2004a, 2004b).

entre las preferencias del consumidor y los costos del productor.

- En segundo lugar, en el modelo más simple disponible, las variaciones en cantidades Y_{it}/Y_{it-1} y en precios P_{it}/P_{it-1} se miden simplemente comparándolos en distintos períodos de tiempo – lo que implica que las unidades de medida de Y_{it} son las mismas que las unidades de medida de Y_{it-1} y que ese conjunto de productos es estable – el producto i tiene que existir en los dos períodos que se están comparando.
- En tercer lugar, la presentación que se hace aquí deja implícito el supuesto de que hay solo una unidad de medida de la cantidad que constituye Y_i y un precio medido que constituye P_i . En la práctica, esto sucede muy raramente. Los P_{it} son medias no poderadas de artículos individuales que constituyen un índice de precios elemental. De forma similar, Y_i del índice de volumen es el recuento de los productos. La forma de agrupar cada uno de los productos es algo que hay que responder con respecto al índice de precios y volumen. Un criterio útil para agrupar los productos es si satisfacen las mismas o similares necesidades del consumidor, o si son sustitutos desde la perspectiva del consumidor. Del mismo modo, si los productos no se pueden intercambiar desde la perspectiva del consumidor, entonces deben tratarse como productos diferentes.
- Las consideraciones anteriores indican que en un contexto de no mercado, los precios de los bienes y servicios en general no son observables. También se podría argumentar que ocurre lo mismo con los servicios de mercado, en los que se puede observar un mecanismo de precio, pero no necesariamente un precio por unidad de producto. Por ejemplo, si los servicios de salud se definen como ciclos completos de tratamiento, el precio de un tratamiento completo concreto es posible que no se pueda conocer, ya que el mecanismo de precio puede estar enfocado a actividades o proveedores concretos en vez de al tratamiento completo. También está la cuestión del seguro médico: puede que el consumidor no esté dispuesto a pagar los precios de mercado de los servicios médicos, si los cubre el seguro médico. Por ello podemos concluir que las diferencias en la medición de los servicios de salud de mercado y de no mercado pueden ser menos pronunciadas de lo que a veces se supone.

En la literatura sobre el tema, los procedimientos de deflación normalmente se asocian de forma exclusiva a productores de mercado. Esto refleja la idea de que para elaborar un índice de precios hay que disponer de precios de mercado y los precios están asociados a la producción de mercado. Aunque este argumento sea correcto, las cosas están menos claras si se quiere tener un significado más exhaustivo de “deflación”. “Deflación” se puede entender como la aplicación de un índice de precios de mercado, pero también como la aplicación de un costo unitario o “índice de cuasi precio” (Schreyer, 2008).

En algunos países, los hospitales y otros proveedores de servicios médicos se consideran productores de mercado, porque reciben reembolsos, que en general cubren sus costos. En dichos casos, un índice de cuasi precios consiste en los ingresos medios por tratamiento. Hay que mencionar, sin embargo, que el hecho de que haya ingresos no implica que exista un mercado competitivo en el que los precios necesariamente indican las preferencias de los consumidores.

Cuadro 13.1. **Índices de Laspeyres y Paasche**

Los índices de volumen en Laspeyres se pueden ver en la fórmula siguiente, en la que P_{it} es el precio del producto durante el período t y Y_{it} es su cantidad:

$$Y^{L,t} = \sum^N \left(\frac{P_i^{t-1} \times Y_i^{t-1}}{\sum^N P_i^{t-1} \times Y_i^{t-1}} \right) \frac{Y_i^t}{Y_i^{t-1}} \quad [1]$$

En la fórmula [1] anterior, la variación en cantidad Y_{it}/Y_{it-1} en los grupos de productos básicos se agregan ponderándolos por su valor en el período $t-1$. El índice se puede interpretar como la variación en valor a precios constantes de un conjunto de productos cuya composición se mantiene fija durante el período de referencia.

El índice de precios de Paasche es el siguiente:

$$P^{P,t} = \frac{\sum_{i=1}^N P_i^t Y_i^t}{\sum_{i=1}^N P_i^{t-1} Y_i^t},$$

Que se puede escribir en términos de variación del precio de un producto básico concreto, de la forma siguiente:

$$P^{P,t} = \left[\frac{\sum_{i=1}^N \frac{P_i^t \times Y_i^t}{\sum_{j=1}^N P_j^t \times Y_j^t} \left(\frac{P_i^t}{P_i^{t-1}} \right)^{-1}}{\sum_{i=1}^N \frac{P_i^t \times Y_i^t}{\sum_{j=1}^N P_j^t \times Y_j^t} \left(\frac{P_i^t}{P_i^{t-1}} \right)^{-1}} \right]^{-1} \quad [2]$$

Al igual que en [1], el índice de precio en [2] se puede definir como la variación en el precio de un conjunto de productos cuya composición se actualiza cada cierto período de tiempo y las cantidades del nuevo período t se aplican a los precios en t y $t-1$.

El índice de volumen [1] también se puede obtener de forma indirecta, dividiendo la variación en valor por el índice de precios Paasche (también denominado método de deflación):

$$Y^{L,t} = \left(\frac{\sum_{i=1}^N P_i^t Y_i^t}{\sum_{i=1}^N P_i^{t-1} Y_i^{t-1}} \right) / P^{P,t}$$

Medidas de mercado y de no mercado en la salud

La producción de mercado es una producción que se vende a precios que son económicamente significativos. Por ello, el valor de producción de los servicios en el mercado de la salud, a precios corrientes, se puede medir por el valor de venta de dichos servicios. Sin embargo, la salud es uno de los ejemplos más comunes de servicios prestados por el gobierno sin costo alguno, o a precios económicamente no significativos y, por tanto, constituyen una producción de no mercado. Un precio

no económicamente significativo se fija de forma deliberada por debajo del precio de equilibrio. Se define como un precio que tiene poca o ninguna influencia en la cantidad que el productor está dispuesto a ofrecer y que sólo tiene una influencia marginal en las cantidades demandadas.

Para medir el volumen de bienes y servicios de salud consumidos por los pacientes no hay que tener en cuenta si el proveedor de servicio es de mercado o de no mercado. Por tanto, el objetivo es conseguir mediciones coherentes de la producción de salud, tanto si esos servicios han sido prestados por productores de mercado como de no mercado. Hill (1975) formuló esta idea de la siguiente forma:

“Se propone que la metodología que se utilice para medir las variaciones en el volumen de la producción real sea siempre la misma, con independencia de si un servicio se presta para su comercialización o no. Esto no quiere decir que el que un producto sea de mercado o de no mercado no vaya a afectar las medidas numéricas debido a los diferentes sistemas de ponderación empleados, pero por lo menos los métodos de medida serán conceptualmente similares” (página 19).

Para lograr dicha convergencia, un primer paso sería intentar averiguar si los componentes del Índice de Precios al Consumidor (IPC)² se pueden usar para ajustar las ponderaciones (participación en el valor) en un índice de volumen para el sector de no mercado. De hecho, la existencia de un gasto de los hogares implica que ya se ha calculado un IPC de estos flujos, por lo cual parece que ya existe experiencia en el cálculo del precio y el volumen. La pregunta sería si este método no se puede aplicar directamente en el sector de no mercado.

Aunque en determinados casos se puede hacer, la extensión del sector de mercado al de no mercado es generalmente más complicada. Uno de los problemas que surgen es cuando los servicios prestados en el sector de mercado son diferentes a los del sector de no mercado. Por ejemplo, en algunos países, los hospitales del sector de mercado se pueden dedicar a las intervenciones normales, las cuales son fáciles de calcular y medir en cuanto al número, mientras que los hospitales públicos también cubren intervenciones más complicadas, las cuales son más difíciles de calcular. Por tanto la parte de mercado puede que no represente a todo el sector. Incluso, aunque gran parte de la producción de los productores de no mercado sea equivalente a la de los productores de mercado, la eficiencia de estos tipos de proveedores puede ser diferente.

Otra razón es que los gastos en transferencias sociales del gobierno o de instituciones sin fines de lucro en especie a cada uno de los hogares se excluyen del índice, ya que no es un gasto en el que incurren los hogares. En el sector de la salud, muchos bienes y servicios consumidos por los hogares son financiados y pagados por instituciones sin fines de lucro y por los gobiernos. Esa es la razón por la que el IPC tiene un uso limitado para deflactar los gastos en salud si las transferencias sociales en especie representan una parte importante del gasto en salud.

Los Estados Unidos son un ejemplo a este respecto. Una gran parte del gasto en salud de los Estados Unidos se atribuye directamente al gasto de los hogares por

² El IPC cambia a lo largo del tiempo en los precios de los bienes y servicios consumidos o utilizados por los hogares.

servicios que prestan “productores de mercado”. Estos gastos por tanto están en el IPC. El volumen de servicios de salud en las cuentas nacionales se calcula aplicando deflatores del IPC y del Índice de Precios del Productor (IPP)³ al gasto en salud (Bureau of Economic Analysis, 2009). Lo que hay que elegir es el deflactor con mejor cobertura. Sin embargo, la abundante literatura sobre la dificultad para ajustar la calidad de los servicios de salud en el IPC e IPP, refleja que los problemas básicos con los índices de precios son los mismos que con los índices de volumen en otros países.

Los métodos básicos de medición utilizados en el sector de mercado y de no mercado deben de ser consistentes, sobre todo en cuanto al método de agregación, donde hay que utilizar el mismo tipo de ponderadores para combinar cantidades y precios de servicios en índices de precios o volumen. Lo fundamental es garantizar que las cantidades, precios o costos unitarios se refieran a una unidad de producto y no a unidades de insumos. De lo contrario, no se puede conseguir el objetivo de medir volúmenes de producción.

Clasificación de productos por su precio y volumen

El objetivo de esta sección es el de definir una directriz para medir el volumen de los servicios de salud. Lo ideal es que la unidad de producción recoja tratamientos completos, y tenga en cuenta el cambio en calidad en la provisión de dichos tratamientos. Esta forma de medición de la producción de los servicios de salud permitiría diferenciar las variaciones en precio, cantidad y calidad. En la práctica, más que cuantificar “el tratamiento completo”, lo común es definir la producción en el sector de la salud contando el número de actividades⁴ que se realizan en un establecimiento proveedor.

Un tratamiento completo se refiere al trayecto que una persona recorre a través de los diferentes proveedores de salud para recibir un tratamiento completo y definitivo de una enfermedad o una condición. Esta definición, también conocida como estimación de la producción en salud basada en la enfermedad, es similar a la utilizada en el manual sobre medidas de precio y volumen (2001), Berndt y col. (2001), Aizcorbe y col. (2008) y Triplett (2003). No obstante se observa que la idea de tratamiento completo no siempre se puede aplicar.

Una primera limitación surge cuando se intentan medir los “tratamientos completos”, entendidos como todo el trayecto de tratamientos que hay que recorrer en el sistema de salud. Pongamos un ejemplo de un trayecto de tratamiento completo en una operación de sustitución de una cadera. El trayecto implicaría agregar todos los servicios o procedimientos asociados a la intervención, tanto si se reciben en los servicios de atención primaria, como en los especialistas que hay en los hospitales, o en los centros de rehabilitación. Para utilizar este método, habría que recoger los datos de producción de una serie de proveedores y agregarlos de forma que tuvieran sentido, tarea que presenta grandes retos.

³ El Índice de Precios del Productor mide el promedio de cambios en precios recibidos por los productores interiores para su producción. La producción del sector servicios y otros sectores que no producen productos físicos entra conceptualmente en el ámbito de los IPP.

⁴ Una actividad podría ser una consulta al médico general, una sustitución de cadera que requiera estancia en el hospital, o una visita a una clínica ambulatoria.

Existen otras razones por las que el principio del tratamiento completo es difícil de aplicar:

- La producción total de una rama de actividad se basa en la suma de la producción de varios proveedores de servicios (establecimientos), y por tanto un tratamiento completo es difícil de conocer si los servicios han sido prestados en varios establecimientos. Incluso aunque se pudiera observar el tratamiento completo, si participan varios proveedores de servicios (por ejemplo, hospitales y servicios ambulatorios), no sería sencillo asignar el servicio total a las diferentes unidades participantes, lo cual es un requisito para las cuentas nacionales.
- La mayoría de los sistemas de localización de datos no tienen la capacidad de relacionar el tratamiento de una persona con todas las instituciones, para poder medir el tratamiento completo. Serían necesarios datos de los gastos (valor de los insumos) y de los servicios. Por tanto para utilizar este modelo serían necesarios datos de los registros del paciente en diferentes actividades e instituciones. Incluso dentro de las instituciones, los datos pueden no estar adecuadamente relacionados.
- El momento en el que comienza y termina un trayecto de tratamiento en el caso de una enfermedad aguda está claro, pero no es tan claro cuando la enfermedad es crónica, o cuando se requieren atenciones de larga duración y servicios prestados en residencias asistidas. Muchas enfermedades asociadas a la edad, como las enfermedades mentales, son crónicas, y el paciente puede recibir tratamiento de más de una enfermedad dentro de un período determinado. Por tanto, no están claros los límites de un tratamiento completo.

Dada la dificultad que tiene reunir información de tratamientos completos, normalmente se estima la producción de atención de salud en cada institución. Por tanto, un punto de vista más limitado de tratamiento es el definido por el tipo de servicio de salud. Esta medida recoge el tratamiento completo solo dentro de una institución y generalmente por función o tipo de servicio. Por ejemplo, Noruega y Reino Unido han adoptado esta práctica. Dawson y col. (2005) elaboraron un índice de producción con 1.700 categorías de actividades del NHS incluida la atención primaria. Esta es la misma práctica utilizada en las cuentas nacionales.

De esta forma, más que elaborar cálculos en términos de trayectos completos a través de todo el sistema de salud, las medidas de producción propuestas consideran episodios de tratamiento de enfermedades concretas en una unidad institucional determinada. Además, esta forma de medición se puede aplicar principalmente en la atención curativa, mientras que se requerirá de otro tipo de mediciones para la atención de larga duración y otros servicios especializados, en los que es difícil establecer cuándo un episodio de tratamiento está completo. Por ejemplo, los pacientes ingresados en las residencias asistidas no reciben tratamiento para enfermedades específicas que tienen un comienzo y final concreto. En dichas instituciones, la producción se define por los procesos de la entidad, no por el tratamiento. Lo mismo se puede decir de las enfermedades crónicas o progresivas, en las que el paciente se enfrenta a un avance de la enfermedad lento, variable e impredecible.

La medición directa de la producción en estas unidades dependerá de indicadores tales como el número de procesos concretos (procedimientos, consultas,

etc.) o el número de pacientes tratados en varios escenarios institucionales. Esta estructura se puede utilizar hasta lograr conocer el tratamiento del paciente en todas las instituciones.

Las consideraciones anteriores sugieren que es mejor medir la producción de los servicios médicos por tipo de proveedor. Una limitación de este enfoque es que no siempre se pueden conocer los efectos de sustitución entre proveedores. Por ejemplo, si el tratamiento de una enfermedad pasa de tratarse mediante el internamiento a un tratamiento ambulatorio, dentro del mismo establecimiento, no se podrá valorar este cambio, ni sus consecuencias en los costos unitarios de producción⁵.

Medición por rama de actividad del proveedor

Por razones prácticas, esta sección se estructura en torno al proveedor de salud. Como se ha comentado en la sección anterior, es posible que no se disponga de datos para medir el volumen por enfermedad en todos los proveedores de servicios de salud⁶. En segundo lugar, algunas instituciones de salud producen productos bastante diferentes a las demás (por ejemplo, los tratamientos curativos de un problema agudo frente al tratamiento de una enfermedad crónica), con lo cual es natural medir la producción de cada tipo de proveedor por separado.

El asunto será distinguir entre hospitales, establecimientos residenciales de atención de larga duración, y proveedores de atención ambulatoria, según las categorías HP. Para medir la producción de salud de cada tipo de proveedor es necesario identificar un conjunto de productos homogéneos y un conjunto de ponderadores (participación en el valor) que se pueden agregar para estimar variaciones en estos productos (medida directa del volumen) o para estimar las variaciones del costo unitario de estos productos (modelo de deflación – véase más arriba).

Hospitales

Típicamente, los hospitales ofrecen servicios de internamiento y servicios ambulatorios. Dentro de un hospital, existen diferentes producciones que pueden ser calculadas identificando los tratamientos. Aunque en la práctica no siempre sea posible, desde un punto de vista conceptual es deseable separar los tratamientos con internamiento de los ambulatorios dentro de la misma enfermedad, para conocer los efectos de sustitución entre tratamientos con internamiento y ambulatorios en el mismo hospital.

Para medir los tratamientos, existen dos sistemas de clasificación de pacientes que intentan abordar la heterogeneidad de la producción hospitalaria, posibilitando la comparación entre hospitales. El primer sistema es la clasificación internacional de enfermedades (CIE) que se desarrolló a partir de las estadísticas de mortalidad. Por tanto se refiere a los diagnósticos. Se utiliza para clasificar las enfermedades y otros problemas de salud en muchos tipos de sistemas de información de salud, incluyendo los registros de hospitales y certificados de defunción. La CIE es la base

⁵ Véase Aizcorbe y Nestoriak (2008) sobre el efecto en costos (y aumento real del gasto) de sustitución del tratamiento entre proveedores.

⁶ Véase gasto por enfermedad en este manual.

de las categorías de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). La OMS es la responsable de actualizar la CIE y en 1990 publicó la CIE-10.

La clasificación más amplia existente de servicios de internamiento en hospitales es la de los GRD (Fetter 1991). Esta clasificación se desarrolló con el objetivo explícito de crear grupos relativamente homogéneos en cuanto al costo para comparar el rendimiento de los hospitales. En vez de facilitar el costo de cada componente de un internamiento, la clasificación de los GRD asigna a un grupo de servicios un costo o un tipo de reembolso predeterminado. Este importe incluye todas las actividades de las que el paciente se beneficia en el proceso de tratamiento, incluida la atención de enfermería, los medicamentos, servicios de imagenología y los servicios de alojamiento.

Con la clasificación de los GRD se puede medir el volumen de producción, ya que informa de los costos unitarios por tipo de tratamiento y del número de tratamientos realizados. En otros términos, los ingredientes básicos de un (cuasi) precio o índice de volumen.

Un sistema de clasificación de GRD contiene un gran número de categorías (500-1.000). Cada categoría representa un servicio relativamente homogéneo y por tanto, en principio, se puede conocer un costo unitario o un índice de volumen a partir de un nivel detallado de categorías. Pero esto no siempre es posible. La principal razón es porque los sistemas de clasificación de GRD se actualizan de forma continua agregando algunas categorías y quitando otras, con lo que es difícil poder hacer comparaciones entre determinados períodos⁷.

Con los ponderadores de costo y el número de tratamientos, se puede obtener el índice de costo unitario (cuasi precio) y el índice de volumen directo. La elección de una de estas alternativas depende de los datos disponibles. Cuando los índices se calculan de forma que el período del ponderador de referencia corresponde al último período en el que se tienen que medir las variaciones de los (cuasi) precios, el índice del costo unitario es más fácil de calcular que el índice de volumen directo.

El emparejamiento de servicios tiene sus limitaciones, cuando no existen productos que se puedan comparar en determinados períodos, o cuando en la práctica los nuevos servicios se difuminan. Es el caso cuando se utilizan medidas de producción relativamente sofisticadas como la de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Una posible solución al problema de los cambios de categoría en los índices de producción sería imputar los valores – por deflación o inflación – en los que no existen datos de un período de tiempo concreto (Castelli y col., 2008).

Establecimientos de atención residencial de larga duración

En el caso de los proveedores de atención residencial de larga duración, el concepto de tratamiento completo no tiene mucho significado. Los ancianos y otros enfermos con una estancia prolongada en el establecimiento tienen cuadros clínicos complejos, caracterizados por discapacidad, dependencia y patologías múltiples. No está claro el inicio y el final del estado del paciente y el hecho de que

⁷ Lo cual se cumple sobre todo en las comparaciones entre países, dado que las lógicas de clasificación de los GRD pueden diferir.

la enfermedad sea crónica significa que los incentivos para reducir el tiempo de estancia, como ocurre con un sistema de clasificación de GRD, sería inadecuado. Por ello se ha elaborado una clasificación de pacientes en residencias asistidas, Grupos de Utilización de Recursos (GUR)⁸ (Carpenter y col., 1995), ya que la clasificación de GRD tiene poco valor para los pacientes con enfermedades crónicas y con enfermedades complicadas.

Cuando los países no tienen un sistema tipo GUR, se puede utilizar el número de días de ocupación diferenciado por nivel de atención. Muchos países tienen sus propias clasificaciones de salud, basadas en la evaluación de las necesidades de atención de un paciente y por tanto de la intensidad (y costo) de la atención recibida. Si se tiene información de costos por nivel de intensidad de la atención, se puede combinar con los datos del número de días de ocupación para calcular un índice de volumen directo aproximado, o un índice de costo unitario aproximado.

Es el ejemplo de Dinamarca, donde existen datos de los costos unitarios para los diferentes tipos de establecimientos residenciales en Copenhague (centros de atención e enfermería, casas de acogida, centros de atención de día y centros sociales). El cálculo del número de establecimientos de atención, agrupados de la misma manera, se puede utilizar para calcular el índice de costo unitario de los mismos.

Proveedores de atención ambulatoria

Consultas médicas y odontológicas

En muchos países las consultas médicas y odontológicas se consideran producción de mercado. Las personas que reciben un servicio de odontología pagan por el servicio recibido. Las actividades médicas y odontológicas prestan servicios generales y especializados. En el caso de ambos tipos de servicios, un deflactor adecuado de producción de mercado sería un índice de precios como el IPC, que explique los tipos de servicios recibidos y recoja – en la medida de lo posible – las variaciones de calidad.

Por regla general, la definición y medición de los tratamientos ambulatorios en hospitales sigue siendo rudimentaria (Castelli y col., 2007). Pocos países han desarrollado y utilizado sistemas de clasificación de pacientes ambulatorios. De la misma manera que ocurre con el internamiento, toda la actividad ambulatoria relativa a un episodio de tratamiento se debería combinar cuando se mide la producción. El episodio incluiría todas las consultas, las pruebas patológicas, de imagenología y prescripciones. La creación de una clasificación de GRD ambulatorios requiere un seguimiento de los pacientes a lo largo de los servicios ambulatorios que realicen el mismo tratamiento. Para ello, sería necesario identificar el momento

⁸ GUR-III es un sistema jerárquico de clasificación con una estructura que tiene cuarenta y cuatro grupos. A cada grupo se le asigna un índice que representa el tiempo dedicado a la atención de medicalizada y el tratamiento de rehabilitación asociado a la atención de los residentes que están en ese grupo. Los cuarenta y cuatro grupos se reparten en siete categorías principales: rehabilitación (14 grupos GUR-III finales), servicios extensivos (3 grupos), atención especial (3 grupos), clínicamente complicados (6 grupos), dificultades de cognición (4 grupos), problemas de conducta (4 grupos) y función física reducida (10 grupos). A lo largo de la mayor parte de las categorías GUR-III, los pacientes se definen en un grupo de clasificación final basado en el rendimiento de un índice de cuatro actividades de la vida diaria: comer, asearse, capacidad para levantarse y acostarse y capacidad de traslado.

en el que empieza y finaliza un tratamiento completo y disponer de una estructura tecnológica de información y jurídica de apoyo. No existen muchas iniciativas para elaborar clasificaciones de GRD ambulatorios.

Hasta que no se desarrolle y aplique una clasificación internacional de atención ambulatoria, se tendrán que utilizar mediciones básicas, como el número de visitas al médico, para medir el volumen, sobre todo de los proveedores de no mercado. El Manual de la UE de Precios y Volúmenes en las Cuentas Nacionales sugiere que las producciones se clasifiquen en grupos médicamente significativos tan homogéneos como sea posible. La estratificación podría tener en cuenta el contenido médico de la producción, así como una dimensión temporal. Por ejemplo, una visita al médico generalista podría ser una medida de producción. Otros indicadores de cantidad podrían ser los traslados de los pacientes en ambulancia, el número de pruebas de laboratorio por categorías de éstas, el número de prescripciones por tipo. En general, esta información se consigue de los reembolsos tanto públicos como privados.

El Manual Eurostat sugiere que las consultas de los médicos generalistas se midan por número de visitas, pero que las consultas a los especialistas se midan solo teniendo en cuenta la primera visita. La razón es porque las visitas a los especialistas normalmente son visitas de seguimiento, es decir, para revisar un tratamiento de una misma enfermedad. Esta distinción puede parecer arbitraria, ya que puede que muchas visitas a los médicos generalistas sean también de seguimiento. Además, esta recomendación se puede aplicar a algunas especialidades y no a otras. Hay algunas especialidades como de diagnóstico, radiología, medicina nuclear, etc., a las que no se acude varias veces.

Consultorios de otros profesionales de salud

Esta categoría comprende actividades de enfermeras, parteras, fisioterapeutas y otro personal paramédico especializado en optometría, hidroterapia, masaje, ergoterapia, logoterapia, podología, homeopatía, quiropráctica, acupuntura, homeopatía, etc. Muchos de estos servicios los prestan productores de mercado. Cuando estas actividades no tengan un precio significativo, habrá que agregar la producción utilizando métodos relativamente básicos como el número de consultas, visitas o pruebas realizadas.

Otros proveedores de salud

Esta categoría incluye los centros de salud ambulatoria y proveedores de salud domiciliaria. En general, la producción se agrega utilizando métodos relativamente básicos como el número de consultas, visitas o pruebas realizadas.

Resumen de mediciones

Para completar la descripción de medidas, la tabla 13.1 hace un resumen de las medidas de producción por categoría de proveedor. Los métodos propuestos en principio se basan en la producción, aunque su capacidad para poder medir la producción varía y a veces depende del nivel de estratificación en la aplicación.

Medición de las variaciones en calidad

Las medidas del precio y volumen de producción reflejan variaciones en

la calidad de los servicios de salud. En otras palabras, sólo se pueden comparar precios, valores unitarios o cantidades de productos de una misma calidad, es decir, con las mismas características.

Un primer paso para conocer si la calidad ha variado es una correcta estratificación, es decir, comparar productos de las mismas o similares

Tabla 13.1 **Indicadores de producción por volumen de proveedores de servicios de salud (HP.1-HP.3)**

Código HP	Proveedores	Métodos basados en la producción
HP.1	Hospitales	Índice de (cuasi) precio basado en GRD (compensado por costo o ingresos) Índice directo de volumen basado en GRD (costo o ingresos ponderados) Índice directo de volumen basado en categorías de la CIE (p.ej. número de altas por categoría con valores de cantidad como días en hospital) Número de días de atenciones* Número de casos/altas*
HP.2	Establecimientos residenciales de atención de larga duración	(Cuasi) precio o índice de costo unitario basado en Grupos de Utilización de Recursos (GUR) o equivalentes (costo ponderado) Índice directo de volumen basado en GUR o equivalente (costo ponderado) Índice directo de volumen basado en el número de días de atención y nivel de atención (costo ponderado) Índice directo de volumen basado en el número de casos por nivel de atención (costo ponderado) Número de días de atención* Número de casos/altas*
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria **	
HP.3.1	Consultorios médicos	Índice de (cuasi) precio de número y tipo de servicio (costo o ingresos ponderados) Índice directo de volumen basado en el número y tipo de servicios (costo o ingresos ponderados) Componente pertinente del índice de precios al consumo, si corresponde** Índice de (cuasi) precio basado en costos/ingresos medios por servicio (costo o ingresos ponderados) Índice directo de volumen basado en número de servicios (costo o ingresos ponderados) Número de servicios*
HP.3.2	Consultorios odontológicos	Componente pertinente del índice de precios al consumo, si corresponde Índice directo de volumen basado en número de servicios (costo o ingresos ponderados) Número de servicios*
HP.3.3	Otros profesionales de salud	Índice directo de volumen basado en número de consultas por tipo de consulta (costo o ingresos ponderados)
HP.3.4	Centros de salud ambulatoria	Índice de (cuasi) precio basado en costos/ingresos medios por consulta (costo o ingresos ponderados)
HP.3.5	Proveedores de atención domiciliaria	Componente pertinente del índice de precios al consumo, si corresponde. Número de consultas* Número de casos tratados*

* Índice de sustitución.

** servicios definidos como consulta/visita/tratamiento dependen de la tipología del país.

Fuente: IHAT para SHA 2011.

características. De esta forma, la estratificación mantiene una calidad constante si los productos incluidos en un estrato concreto son relativamente homogéneos.

Una segunda forma de incorporar la calidad de los servicios en los índices de producción requeriría un factor de ajuste que midiera la tasa de cumplimiento de los procedimientos establecidos por país y grupo de enfermedad. Las variaciones en porcentajes, tanto positivos como negativos, indicarían dónde ha variado la práctica y los procedimientos médicos, reflejando nuevos tratamientos y mejoras en las prácticas existentes. Hay poca documentación sobre dichos porcentajes. Schuster y col. (2005), en base a un promedio de los datos obtenidos de los estudios de atención preventiva en los Estados Unidos, encontraron que el 50% de la población recibió los servicios de atención recomendados. En el caso de los estudios de enfermedades agudas, sólo el 70% de los pacientes recibieron los servicios de atención recomendados y el 30% recibieron una atención contraindicada. Es importante señalar que, aunque es importante el cumplimiento total de las normas de atención, éste no es necesariamente el objetivo principal de la salud pública. En los procesos industriales de producción, la uniformidad asegura la más alta calidad de los resultados. No ocurre lo mismo con la salud, porque hay que tener en cuenta las diferencias y las preferencias.

Existe mucha información sobre las normas en la práctica clínica por país, pero insuficiente en estos momentos sobre la tasa de cumplimiento de las mejores prácticas. En los Estados Unidos, la National Guideline Clearinghouse mantiene un catálogo con las normas para conseguir la más alta calidad, que han publicado varias organizaciones (sobre todo las organizaciones de médicos profesionales). En el Reino Unido, el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica y de la Salud (INECS) publica directrices para la práctica clínica. En Países Bajos, el Instituto Holandés para la Mejora de la Salud (IHAS) y el Colegio Holandés de Médicos Generalistas (CHMG) disponen de programas para redactar normas basadas en evidencias. En Alemania, la Agencia para la Calidad en Medicina coordina un programa nacional para redactar directrices de gestión de las enfermedades. Todas estas organizaciones son miembros de la Red Internacional de Normas, una asociación internacional sin fines de lucro de organizaciones y personas encargadas de redactar directrices para la práctica clínica.

Un tercer aspecto de la calidad es el relacionado con el impacto y contribución de los servicios de salud en los resultados en salud. Es evidente que existe una relación muy estrecha entre proceso y producción, ya que las normas para el tratamiento se basan en evidencias médicas sobre lo que es eficaz. Los investigadores de los servicios de salud recomiendan utilizar tanto los indicadores del proceso, como los de producción, por dos razones. La primera es porque existe una diferencia entre la evidencia en investigación (eficacia) y los resultados en la vida real (efectividad). En segundo lugar, porque con frecuencia existe un período considerable de tiempo entre el proceso y su repercusión en el resultado. Por ejemplo, los estudios han examinado si los médicos de familia cumplen las normas para el tratamiento de la hipertensión. El resultado que se desea conseguir es una reducción de los ataques cardíacos y los infartos (como resultado intermedio), así como una reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (como resultado final). La reducción en la incidencia de estas enfermedades se consigue en un período bastante largo

de tiempo y el tratamiento de la hipertensión es tan solo uno de los factores para conseguir el resultado final. Aparte de otras cosas, los pacientes con hipertensión tienen que llevar un estilo de vida con una alimentación sana, además de hacer el ejercicio adecuado.

Por eso es necesario ajustar la calidad utilizando indicadores de procesos y resultados. Se ha observado que existe “un sector de medidas de calidad” pero en estos momentos no existe ninguno que parezca adecuado para ajustar la calidad del volumen de servicios de salud. La razón principal es porque los indicadores de los procesos y los resultados existentes son específicos de cada país, e incluso de cada institución.

Dado que la calidad es multidimensional, sería ideal reunir varias características de calidad en un solo indicador, el cual reflejara lo que aporta un producto al resultado. Se han propuesto alternativas para desarrollar un solo indicador. La primera es elegir solo la dimensión más importante, por ejemplo el índice de supervivencia a los 30 días. La segunda es utilizar indicadores de más de una dimensión de calidad y darles a todos la misma importancia. La tercera, utilizar indicadores de una serie de dimensiones de calidad pero pedir la opinión de expertos sobre los ponderadores más adecuados (ONS RU, 2008). Finalmente, se pueden utilizar mediciones tales como años de vida ajustados a la calidad (AVAC) que reduzcan a una sola dimensión las modificaciones en los resultados de salud referentes a atención médica, la ganancia ajustada a la calidad en tiempo. Sin embargo, muchos de estos métodos empíricos todavía están siendo investigados y no son todavía consistentes como para poderlos aplicar en el Sistema de Cuentas de la Salud.

Existen una serie de indicadores que se pueden utilizar para ajustar la calidad del volumen de producción y determinar la aportación marginal de las ramas de actividad de la salud a los resultados:

- La medición de la calidad debe coincidir con los procesos que buscan los consumidores, que por regla general es el tratamiento completo de una enfermedad;
- El ajuste en producción debe reflejar la aportación marginal de la rama de actividad de la salud a un resultado. No puede verse afectado por otros factores que influyan en los resultados de salud como la herencia genética, los ingresos o el estilo de vida;
- Los consumidores lo que quieren conseguir es mejorar su salud. Los tiempos de espera y la comodidad son mejoras secundarias en el estado de salud. Por tanto no se debe dar el mismo peso a las distintas dimensiones de calidad;
- En muchos tratamientos o procesos de salud, pasa un tiempo hasta que se comprueban las mejoras en el estado de salud. El ajuste de la calidad tiene que abordar de forma realista los efectos que tienen en la vida los gastos en salud;
- La medición de la calidad debe reflejar en lo posible el efecto medio o previsto de la actividad en el estado de salud. Las capacidades individuales para beneficiarse de un tratamiento, o lo que se conoce por el término co-producción, no se deben

tener en cuenta a la hora de medir el volumen de producción de salud ajustado a la calidad;

- Las comparaciones internacionales son importantes, y los indicadores y métodos de los ajustes de producción deben estar normalizados en todos los países, para facilitar dichas comparaciones (Smith y Street, 2007).

Para resumir, todavía se están desarrollando métodos para ajustar la calidad de la producción. Se puede conseguir un gran avance si se utilizan especificaciones detalladas del producto y se cumplen los costos y tratamientos asociados a lo largo del tiempo. Es innegable la importancia que tiene el ajuste de la calidad, pero hasta que no exista un consenso en cuanto a las técnicas utilizadas, será difícil proponer una recomendación para conseguir un ajuste de la calidad explícito del volumen de producción de la salud en el sistema de las cuentas de la salud. A una conclusión similar ha llegado la Oficina de Análisis Económicos de los Estados Unidos (OAE) que observó que la “OAE no intentará explicar las posibles variaciones en la calidad de los tratamientos, un problema sobre el que no existe un claro consenso en cuanto a una solución” (Aizcorbe et al, 2008, p. 25).

Índices de precios y volumen entre países

Las Paridades de Poder Adquisitivo (PPA) se utilizan para comparar precios y volúmenes entre diferentes regiones o países durante un mismo período de tiempo. De esta forma se puede hacer un desglose espacial de precio/volumen (es decir, entre países en un momento determinado en el tiempo).

Conceptualmente, las PPA son muy similares a los índices de precios al consumo. Miden las diferencias en precios durante un espacio de tiempo o en diferentes países. Dado que los precios de los bienes y servicios en diferentes países se expresan en la divisa de ese país, la paridad de poder adquisitivo entre las divisas de dos países, digamos A y B, es el número de unidades de moneda del país B (o A) con la misma capacidad adquisitiva que una unidad de moneda en el país A (o B). Aunque las PPA son similares al índice de precios, en las comparaciones espaciales tienen un significado especial, porque las PPA se pueden utilizar como factor de conversión, en vez de los tipos de cambio, para convertir varios agregados económicos de diferentes países en una unidad de divisa común (un constructo estadístico).

Las PPA se miden en todos los componentes del PIB del Programa de Comparación Internacional (véase cuadro 13.4 más abajo) y en la comparación del PPA de Eurostat-OECD⁹. En su forma más simple, las PPA no son más que un ratio de precios que muestra los ratios de precios en divisas para los mismos bienes y servicios en diferentes países. Las PPA se calculan en tres etapas. En la primera, relativa a los productos, se calculan los precios de cada uno de los bienes y servicios. En la segunda, relativa a grupo de productos (es decir, rúbrica básica), se calculan los precios de cada uno de los productos en el grupo, se calcula la media y a continuación una PPA no ponderada para el grupo. Y la tercera, relativa a la agregación, se calcula

⁹ Una descripción completa de los métodos utilizados se puede ver en el Banco Mundial (www.worldbank.org/ICP) y Eurostat-OCDE (2006).

la media la media ponderada de todos los grupos de productos para obtener una PPA ponderada de cada agregado. Los ponderadores utilizados para agregar las PPA en la tercera fase son los gastos en los grupos de productos¹⁰.

En los programas de comparación de PPA PCI y Eurostat-OCDA, el gasto en salud aparece en tres partes del gasto del PIB: gasto del consumo de los hogares, gasto de las instituciones sin fines de lucro que prestan servicio a los hogares (ISFLSH) y el gasto de la administración pública en salud y se clasifican según 25 rúbricas básicas (20 en el caso PCI)¹¹.

Las PPA por bienes y servicios médicos en el gasto del consumo de los hogares y las prestaciones sociales en especie se basan en un conjunto de precios “normales”. Esto supone que para calcular las PPA se selecciona primero una muestra de productos en cada categoría de gasto, para comparar los precios en diferentes países. Los precios que hay que obtener son los precios medios para todo el país.

En los servicios hospitalarios, se aplica un método de insumo para los hospitales públicos, pero también para los privados. Esta medida cumple las convenciones de las cuentas nacionales, que recomiendan que el valor de producción de las unidades institucionales en la rama de actividad de la salud se mida sumando los costos de producción en el caso de los productos de no mercado (SCN 2008, párrafo 6.130). En el método de insumos, las PPA de los salarios de los trabajadores se basan en una comparación salarial, es decir, los salarios utilizados para calcular las PPA de la misma forma que los precios normales del producto. Las PPA de otros insumos se basan en unas PPA sustitutivas extraídas de otras partes de la comparación¹².

Una PPA entre dos países de una categoría de gasto concreta es una media geométrica de todos los precios (paridades) que se forman a partir de un conjunto de precios de productos pertenecientes a la misma categoría. En los programas de comparación PCI y OCDE-Eurostat, los países también indican si los productos a los que han asignado un precio son representativos (denominados productos con estrella) o no. En el promedio, las paridades de los productos más representativos en ambos países, tienen un peso más alto y se excluyen las paridades que se basen en productos no representativos (pero incluidos en el listado de productos por su importancia para otros países).

En una comparación multilateral, se calculan las PPA para cada dos países, cuando se conocen los precios en ambos países. Si todos los países ponen un precio a los mismos productos y los productos son representativos en todos los sitios, las medias geométricas de los precios dan directamente PPA transitivas (es decir, para los países A, B y C, las PPA relativas de A/B y B/C son coherentes con A/C) de una rúbrica básica determinada. Por otra parte, si no se dispone de precios representativos para todos los países, la comparación entre dos países se puede

¹⁰ Esta descripción metodológica es tremendamente simplificada. Más información se puede encontrar en el Manual Metodológico de Eurostat-OCDE sobre Paridades de Poder Adquisitivo.

¹¹ En el Anexo II del manual metodológico se pueden ver los rúbricas básicas (véase nota al pie anterior). El gasto público en salud se clasifica según 17 rúbricas básicas, el consumo del hogar en 7 rúbricas básicas y el gasto de ISFLSH en una sola categoría.

¹² Por ejemplo, las PPA de los productos farmacéuticos se utilizaron como PPA sustituto del consumo intermedio, aunque la diferencia relativa entre precios pagados por los hospitales y los precios de farmacia no son necesariamente los mismos en todos los países.

basar en conjuntos diferentes de productos cuyo resultado será una intransitividad. Para que los resultados sean transitivos, se puede aplicar el procedimiento EKS, ideado por Elteto y Koves (1964) y Szulc (1964), en el que la paridad final en dos países se basa en la media geométrica de todas las paridades directas e indirectas (a través de todos los demás países).

A pesar de los extensos trabajos en este área, es necesario resolver tres problemas en la medición de las PPA. El primero es identificar los productos que se pueden comparar entre países: a pesar de que es sencillo en algunos casos (por ejemplo, un tipo concreto de lavadora) puede ser complicado en otros, porque los productos no sean idénticos, porque haya diferencias en calidad, o porque sencillamente no existan en todos los países. El segundo problema es asegurar la representatividad de los productos: se compare el precio que se compare, tiene que ser el precio de un producto que se compre mucho en cada país. El tercer problema es cuando hay un producto, pero no un precio comparativo en el mercado. El primer y segundo problema surgen cuando se comparan todos los precios y el tercero al comparar los productos de no mercado. En muchos países, los servicios de salud pertenecen a este tipo de productos.

Cuadro 13.2. Índices PPa

Si se están comparando M países, el índice de precios entre el país j y el país k es:

$$I_{jk}(EKS) = \prod_{s=1}^M [I_{js} \times I_{ks}]^{\frac{1}{M}}$$

donde:

$$I_{js}(EKS) = \prod_{s=1}^M [I_{js} \times I_{ks}]^{\frac{1}{M}}$$

Donde n(s) y n(j) son el número de artículos marcados con estrella en los países s y j; M(s) y M(j) son conjuntos de productos básicos y marcados con estrella en países s y j.

Cuando los bienes y servicios son suministrados por un productor de no mercado, como por ejemplo una administración pública, los precios que se cobran a los consumidores son significativamente más bajos que los que cobraría un productor de mercado. En algunos casos, el precio incluso puede ser cero. No tendría sentido comparar dichos precios que se cobran a los pacientes o consumidores en los países, ya que son reflejo de decisiones administrativas y no de lo que cuestan los productos. Por tanto para calcular las PPA se han comparado los costos de producción de los bienes y servicios de no mercado.

Para comparar los costos existen dos posibilidades, una basada en los insumos y otra en la *producción*. El método basado en los insumos, que normalmente se aplica en las comparaciones de las PPA de productos de no mercado, consiste en comparar los precios de estos insumos en el proceso de producción de los servicios

de no mercado. En el caso de los servicios de salud, un método basado en los insumos compararía por ejemplo el salario de un cirujano en diferentes países. En otras palabras, los precios se comparan comparando los salarios o valores por unidad de insumos. Aparte del hecho de que es evidentemente difícil comparar salarios entre distintos países (incluso en el mismo tipo de profesión, es difícil controlar parámetros como la experiencia y los complementos por antigüedad, etc.), el principal inconveniente en esta metodología es que no tiene en cuenta las diferencias en productividad entre los países. En otras palabras, si los servicios de salud se prestan más eficientemente en un país que en otro, no se detectaría en una comparación PPA que se base en el precio de los insumos.

La segunda opción para comparar los costos se basa en la producción. En este caso las PPA se miden comparando los costos por unidad de producción, que en caso de los servicios médicos normalmente es el costo por tratamiento. La comparación de los cuasi precios por unidad de producción en principio puede reflejar las diferencias de productividad entre países. Conceptualmente es preferible al modelo basado en los insumos (SCN 2008, párrafo 15.122).

Cuadro 13.3 Programa de comparación internacional

El programa de comparación internacional (PCI) es una operación estadística mundial que produce medidas de precio y volumen comparables internacionalmente de producto interior bruto (PIB) y los gastos de sus componentes. Las mediciones se basan en las paridades del poder adquisitivo (PPA). Para calcular las PPA, el PCI realiza encuestas cada cinco años para recoger datos sobre precios y gastos de todos los bienes y servicios comprendidos en el PIB, incluidos los bienes y servicios de consumo, servicios públicos y bienes de capital.

El primer PCI se publicó en 1968 y fue una acción conjunta de las NU y la Unidad de Comparaciones Internacionales de la Universidad de Pennsylvania, con aportaciones financieras de la Fundación Ford y el Banco Mundial. Empezó en 1970 como un proyecto modesto para hacer comparaciones entre 10 países, realizando nuevas comparaciones en 1975, 1980, 1985, 1990 (solo parcial), 1993 y 2005. El PCI de 2005 ha sido el más extenso hasta la fecha, abarcando a 146 economías de cinco regiones geográficas: África, Asia y el Pacífico, Commonwealth de Estados Independientes, América Latina y Asia oriental y los países del programa de PPA de la OCDE y la Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT).

El PCI está siendo aplicado como iniciativa global por segunda vez en el año 2011. Se basará en actividades programadas de una amplia red de instituciones nacionales multilaterales y bilaterales que se encargarán de realizar investigaciones y análisis metodológicos, encuestas y procesamiento y análisis de los datos de estadísticas de precios y cuentas nacionales y campos relacionados para calcular las PPA de las principales economías del mundo.

En el campo de la salud, por regla general, los costos por unidad de producción no se pueden obtener de forma directa, pero hay una fuente alternativa de información con la que se puede valorar la producción: en muchos países, los servicios de salud se gestionan a través de regímenes de reembolsos en los que los proveedores de salud y los administradores de salud, o las compañías de seguros, negocian los reembolsos por tratamiento, o las administraciones públicas gestionan los reembolsos por tratamiento. Los reembolsos por tratamiento, o por episodio de enfermedad, se pueden utilizar para emular el papel que los precios desempeñan en otros bienes y servicios. Los precios negociados o gestionados se denominan “cuasi precios”, para indicar que no son necesariamente el resultado de transacciones de mercado, que no son precios y que se aplican a transacciones entre productores y consumidores de servicios de salud y que no se pueden conocer.

Un documento de trabajo de la OCDE (Koechlin, Lorenzoni y Schreyer, 2010) informa de un trabajo piloto en las PPA en la OCDE cuyo objetivo fue desarrollar mediciones basadas en la producción de las PPA de los servicios hospitalarios.

PARTE II

Capítulo 14

**Manual de Cálculo
y Contabilidad Básica**

Introducción

El Sistema de Cuentas de Salud es una herramienta utilizada para describir y resumir el gasto del consumo en salud, que permite analizar las diferentes dimensiones del consumo, la prestación y el financiamiento de los bienes y servicios de salud, tanto a lo largo del tiempo como entre distintos países. Este capítulo incluye algunas de las directrices básicas de contabilidad del SHA, con consejos sobre los procesos de generación de cuentas, así como directrices de buenas prácticas contables en relación con determinadas mediciones.

Estos principios contables son adicionales a los que se detallaron en el capítulo 3, de cobertura, momento de registro, contabilidad de caja frente a contabilidad de lo devengado, residencia, valoración y tratamiento de los subsidios y la oferta de no mercado. Las directrices sobre los procesos de generación de cuentas que se describen en este capítulo no pretenden ser completas, sino tan sólo esbozar los pasos principales para crear las cuentas de salud, para entender el sistema nacional de salud, hacer un inventario de las fuentes de datos, identificar las carencias, crear una base de datos de cuentas de salud, producir las tablas y presentar la información.

Finalmente, el capítulo describe algunos de los asuntos relacionados con las mediciones de las funciones, los proveedores y el financiamiento, presentando técnicas como el prorrateo y abordando áreas problemáticas concretas, como por ejemplo la estimación del gasto privado en salud. Será necesario desarrollar directrices más detalladas, las cuales irán surgiendo a medida que vaya mejorando la experiencia en la aplicación de las áreas más complejas.

Las directrices se basan en el SHA, la Guía de Productores (PG) y varios informes de proyectos de la OCDE, actualizándolas cuando es necesario al contexto del SHA 2011.

Criterios contables básicos

El SHA es un marco de referencia que intenta ofrecer datos exhaustivos, coherentes e internacionalmente comparables, que en la medida de lo posible, sean compatibles con las estructuras estadísticas económicas internacionales, sobre todo del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), así como suficientemente precisos y oportunos para poder analizar la política de salud. Los criterios de calidad de los datos generales en relación con los conceptos de la estructura del SHA se explican en los apartados siguientes:

Alcance

El SHA intenta contabilizar todas las transacciones del sistema de salud, dentro de los límites funcionales que se detallan en los capítulos 4 y 5, es decir, el consumo de servicios de salud de la población residente, con independencia de dónde se produzca y pague dicho consumo. Esto significa que el mismo no se

limita a los programas de salud públicos, o financiados por el gobierno, sino que incluye también las transacciones privadas, financiadas con los pagos directos de los hogares, o a través de terceros. En principio, incluye las transacciones oficiales y no oficiales, siempre que cumplan los criterios de salud mencionados en el capítulo 4. La naturaleza triangular de la estructura contable básica del SHA requiere que el agregado de estas transacciones funcionales sea igual a la prestación de estos bienes y servicios de salud, y a su vez igual al total del financiamiento de los esquemas de financiamiento. Los totales de otros agregados pueden ser diferentes.

Coherencia y capacidad de comparación de los datos

El SHA, ajustándose a los límites y clasificaciones de la salud, puede notificar gastos en salud coherentes a lo largo del tiempo. La coherencia interna de las normas contables del SHA y sus componentes es importante en la comprobación y validación de las estimaciones de diferentes dimensiones de la salud.

Los límites y categorías comunes del SHA para describir los sistemas de salud pueden ser diferentes en algunos aspectos con los de las cuentas nacionales de salud que se elaboran para fines internos en un país concreto. El intento de crear un límite común y subcategorías es facilitar las comparaciones entre países, así como poder hacer un seguimiento de las variaciones a lo largo del tiempo dentro de dichos países.

Compatibilidad internacional

La estructura contable del SHA, basada en el consumo, con un conjunto de tablas del gasto, se ha diseñado para que metodológicamente sea compatible con el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN). Esta compatibilidad metodológica con el SCN permite calcular una serie de tasas con las que se pueden comparar los agregados de gasto en salud con los agregados de la economía en su conjunto, para posteriormente poder hacer comparaciones internacionales. El capítulo 15 incluye algunos ejemplos a este respecto.

Oportunidad y exactitud

Las cuentas de salud deben considerar dos criterios de calidad. Los criterios de oportunidad y exactitud son esenciales, pero también entran en conflicto. Es necesario garantizar un nivel mínimo de detalle y exactitud en las notificaciones, pero teniendo en cuenta las necesidades de información a tiempo de los usuarios, con la finalidad, por ejemplo, de informar de cualquier ajuste político o presupuestario.

Relevancia

La información del gasto en salud en el SHA tiene que responder a distintas cuestiones de la política de salud, en especial en unos momentos en los que hay tantos cambios en las políticas públicas de salud. En el pasado, por ejemplo, no se podían estudiar las consecuencias económicas de una reforma en salud, porque los sistemas de notificación existentes no podían distinguir entre cambios en cobertura y modo de financiamiento y los cambios reales. La estructura de la información debería ser lo suficientemente flexible como para adaptarse a las necesidades analíticas tanto actuales como de futuro.

Introducción al proceso de compilación del SHA

Esta sección contiene un resumen de los pasos principales para elaborar las cuentas del SHA. Se basa en las directrices del SHA de la UE (y en la Guía del Productor), actualizándolas para el SHA 2011. Este resumen puede ayudar tanto a los países que no dispongan de cuentas nacionales de salud, como aquellos que acceden por primera vez al mundo de las cuentas de salud. Es necesario también elaborar unas directrices para hacer la transición del SHA 1.0 al SHA 2011 en aquellos países donde ya tienen cuentas basadas en el SHA. Se espera que dichas guías se redacten por separado.

Antes de comenzar con las cuentas de salud, es necesario conseguir un mandato, crear un proyecto, determinar las instituciones clave, el financiamiento y el personal que va a participar, así como un cronograma. Desde una perspectiva económica, se consiguen muchas ventajas si las cuentas de salud se realizan anualmente, o quizá cada dos años. Con ello podremos ver las tendencias de la información y disponer de instantáneas del sistema de salud, repartiendo así en el tiempo los costos iniciales. En general, se recomienda aplicar un proceso escalonado, con las etapas que se describen a continuación:

Paso I: Comprender el sistema de salud que se está estudiando

Antes de pensar en los métodos de recopilación de datos y de cálculo, merece la pena dedicar algún tiempo a entender cómo funciona el sistema de salud. Para ello, será necesario elaborar un listado de esquemas de financiamiento y de unidades institucionales (empresas, administraciones públicas, ISFLSH, hogares, resto del mundo) así como un listado de proveedores de servicios de salud. También sería de utilidad crear un diagrama con los flujos financieros, intentando identificar las unidades responsables de los mismos.

Este trabajo inicial puede ser un poco tedioso, pero nos ahorrará mucho tiempo y confusiones en el futuro. El sistema nacional de salud se puede desglosar en varios subsistemas de acuerdo a los esquemas públicos y privados de financiamiento y provisión de servicios de salud; o subgrupos concretos de población, lo cual nos servirá para identificar los principales agentes en el sistema. Algunos ejemplos se pueden ver en la Guía del Productor, Tabla 2.1 de Líbano. En la página web del Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas se pueden ver resúmenes descriptivos de sistemas nacionales de salud de un considerable número de países.

Deben tenerse en cuenta las definiciones en el SHA para producir una imagen clara del sistema de salud, evitando así pasar por alto partes importantes del gasto. Para empezar, merece la pena buscar modelos existentes, que han elaborado académicos y expertos en salud. Estos diagramas del sistema de salud tendrán que ser remodelados de acuerdo con los requerimientos del SHA, tras consultar a una amplia variedad de colaboradores, tales como analistas de los ministerios, comités, sindicatos e investigadores, ya que normalmente un sistema de salud es normalmente complejo y una sola persona no puede comprender totalmente todos sus componentes.

El modelo inicial debería mostrar los flujos de fondos en circulación dentro del sector salud y entre el sector de salud y el resto de la economía. El objetivo de este

estudio general es conocer los principales actores en el sistema y relacionarlos según los flujos de financiamiento circulando entre ellos. Hay que tener en cuenta que la misma entidad puede aparecer en más de una vez en el diagrama. Los hogares, por ejemplo, pueden ser simultáneamente proveedores de salud (provisión hogares) y actuar como un esquema de financiamiento (ya que compran directamente bienes y servicios de salud). Será necesario identificar los flujos financieros en todos los niveles, es decir los pagos que realizan los esquemas de financiamiento a los proveedores de servicios de salud, así como los fondos que alimentan los esquemas de financiamiento. En esta fase inicial, el énfasis se encuentra en identificar los flujos y el destino de los mismos, más que asignar un valor monetario a todos esos flujos.

Paso II: Fijar los límites de las CS y aclarar cualquier diferencia entre los límites nacionales del sistema de salud y los del SHA

Las definiciones y límites de atención de salud en el SHA es probable que sean diferentes de las definiciones y límites de las cuentas nacionales de salud, ya que los modelos institucionales, sistemas de pagos y tradiciones en cada país son distintos. Por tanto, es importante identificar las diferencias entre los dos sistemas. Por ejemplo, en los países donde las estimaciones del gasto en salud se basan en las cuentas nacionales, la principal diferencia en los límites será que las cuentas nacionales sitúan la *producción* nacional dentro de lo que se considera salud, mientras para que para el SHA todo el *consumo* nacional entra dentro de dicho límite. Otras diferencias son que el SHA incluye partidas tales como provisión de servicios de salud de los hogares y medicina ocupacional¹. La experiencia en la aplicación de este sistema en diferentes países ha demostrado que la adopción de las definiciones del SHA puede producir cambios importantes en el cálculo del gasto corriente en salud, en comparación con los cálculos nacionales, que en algunos alcanza el uno por ciento del PIB, o incluso más (véase Orosz y Morgan, 2004).

Antes de existir el SHA o de embarcarse en el producir cuentas en base al mismo, muchos países calculaban ya el gasto en salud utilizando diversas clasificaciones nacionales. Si ya existen normas nacionales para clasificar el gasto en salud utilizando las dimensiones de la función, el proveedor o el financiamiento, sería conveniente empezar a partir de ahí y elaborar tablas de correspondencia con las clasificaciones del SHA.

Por tanto, el primer paso sería conocer los conceptos y clasificaciones nacionales existentes en las cuentas de salud, ya que sería la forma de identificar las diferencias entre el sistema nacional y el SHA. Por ejemplo, la política de salud en algunos países se centra no sólo en la salud, sino también en la asistencia social, por lo que ambos gastos pueden estar incluidos cuando se ha calculado el gasto en salud. En otros países, el gasto en la asistencia de larga duración puede que no se haya incluido como gasto en salud. Si no se entiende claramente la diferencia entre los límites de los sistemas nacionales de contabilidad en salud y los del SHA, corremos el riesgo de no incluir algunos componentes del sistema definidos en el SHA 2011.

¹ Véase Anexo B una descripción de las coincidencias y diferencias entre el SHA y el SCN

Otros ejemplos son las actividades de protección del medio ambiente o de higiene, que en algunos países caen bajo la responsabilidad del sistema de salud y por tanto se considera un gasto en salud, mientras que en el SHA son funciones relacionadas con la salud y no forman parte del mismo.

En los países donde la mayor parte del gasto en salud se financia públicamente, bien a través del gobierno (sobre todo con los impuestos) o los fondos de la seguridad social, dependiendo del país de que se trate, el primer paso para definir lo que se considera salud a escala nacional posiblemente sea ponerse en contacto con el Ministerio de Salud o el Instituto de la Seguridad Social.

Paso III: Investigar y evaluar las fuentes de información

Es esencial identificar y catalogar las fuentes de información existentes con sus principales características, evaluando la calidad de la información que pueden aportar para comprender las diferentes dimensiones del sistema. Durante esta fase, habrá que elaborar un listado de actores del sistema de salud, que se hayan identificado en el paso anterior. Todos estos participantes e instituciones del sistema de salud pueden disponer de informes y registros de gran utilidad. Si se hubiera creado previamente alguna cuenta nacional de salud, aunque no con la misma cobertura y estructura del SHA, la información que podamos tener de dicha cuenta podría ser un valioso punto de partida.

Durante esta fase, el inventario de las fuentes de información no tiene por qué ser muy exhaustivo. Durante el proceso de elaboración de las cuentas de salud, la investigación de las posibles fuentes de información es una parte importante del trabajo de desarrollo, que puede incluir las cuentas nacionales, cualquier cuenta de la salud distinta al SHA, registros de la administración pública (por ejemplo, información presupuestaria del Ministerio de Salud, información de los gobiernos regionales) e información de la Seguridad Social. Toda esta información se debe complementar con otros metadatos, como por ejemplo, datos procedentes de organizaciones sombrilla de entidades de seguros, asociaciones de comercio y cuentas financieras de las ISFLSH.

Cuando se elabore el inventario, será necesario examinar cada fuente de información, para descubrir cuál es su contenido, el tipo de información que ofrece, las dudas que resuelve y su objetivo principal. Lo importante es registrar todos los metadatos que se van a utilizar en el proceso de producir cuentas basadas en el SHA.

Modelo ascendente o descendente?

Cuando la mayoría de los datos de las cuentas de salud se extraen directamente de un agregado existente en las clasificaciones del gasto en salud y sistemas de registro, se utiliza un modelo *descendente*. Este modelo utiliza un amplio sistema de cálculos e indicadores para desglosar los agregados. La técnica de hacer los cálculos mediante el método de prorrateo se describe en la sección que trata de las mediciones. Un ejemplo del uso de este sistema es cuando las cuentas de salud se estiman a partir de las cuentas nacionales.

Cuando la mayor parte de la información de las cuentas de salud se obtiene de fuentes con información detallada, se utiliza el modelo *ascendente*. Por ejemplo, los

informes internos del seguro médico que describen tanto el alcance como el valor de los servicios contratados a proveedores de salud concretos, los informes sobre la actividad del Ministerio de Salud o las ISFLSH, de los cuales se puede extraer información financiera y presupuestaria. En el proceso de estimación los datos agregados se pueden seguir utilizando para fines de conciliación.

Este Manual recomienda aprovechar las ventajas del modelo ascendente en varias fuentes de información, tanto de naturaleza monetaria como no monetaria, para recoger los datos que se vayan a utilizar en las cuentas. La ventaja del modelo ascendente es que el riesgo de la doble contabilidad de una partida es menor, logrando una mejor contabilidad mutuamente excluyente y exhaustiva del gasto. Esto no quiere decir que las cuentas nacionales u otro tipo de información de los agregados no sean útiles, sino que las cuentas de salud deberían intentar utilizar en lo posible fuentes de información detalladas. Esta información habrá que contrastarla, sin embargo, con los métodos de asignación descendentes una vez se han calculado los agregados del gasto en salud, por ejemplo, cuando se asigna el gasto hospitalario a varias funciones (véase cálculo con prorrateo).

Identificar los grupos de datos básicos

Cuando se realice el inventario, será necesario examinar cada fuente de información para comprobar: su objetivo original, el contenido, la información que proporciona y las dudas que resuelve. También sería de utilidad evaluar la calidad de la información y posibles sesgos, así como si es exacta y oportuna. Con ello se obtienen metadatos valiosos (información sobre los datos) para crear el SHA y analizar sus resultados. También es importante mostrar las conexiones entre una base de datos concreta y las clasificaciones básicas del SHA 2011. Para describir los datos se pueden utilizar los siguientes elementos (IRDES y BASYS, 2007):

- Nombre de la fuente de información
- Administrador/Institución
- Tipo de fuente de información (registros, encuestas a empresas, etc.);
- Método de recopilación de datos (por ejemplo, una fuente administrativa, encuesta a una muestra de población o una estadística completa; encuesta nacional o encuesta estandarizada internacional);
- Disponibilidad de la información (los años que se pueden consultar y utilizar los datos para el SHA);
- Concepto de las unidades de medida (costos, gastos, facturación);
- Discontinuidad en los datos (principales cambios metodológicos en ciertos momentos en el tiempo);
- Cobertura de las diferentes instituciones de salud (por ejemplo, qué categorías de proveedores o financiadores están incluidos en las clasificaciones HP y HF; si se trata de instituciones públicas o privadas; o si son sectores de cuentas nacionales);
- Configuración de los datos (es decir, qué dimensiones de los datos están disponibles: HP, HC, HF, por edad, sexo, diagnóstico, lugar geográfico, propiedad, etc).

Los encargados de crear las cuentas de salud tienen que consultar muchas fuentes de datos, que provienen fundamentalmente de la perspectiva del

financiamiento como de los proveedores, teniendo que reconciliar continuamente toda esa información. También tienden a utilizar tanto fuentes básicas de información y datos agregados. Es posible extraer una generalización de los enfoques que adoptan los productores de cuentas de salud en su proceso de compilación:

- El método del financiamiento: en el cual se utilizan principalmente los datos desde la perspectiva del financiamiento. Los datos básicos son los datos financieros de los gastos en los diferentes esquemas de financiamiento. Esta información se integra con los datos que facilitan los proveedores, cuando es posible.
- El método de proveedores: en el que se utilizan los datos procedentes de los proveedores de servicios de salud como fuente principal de información. Los datos básicos son los datos financieros de los ingresos de los proveedores y también los datos sobre los insumos (sobre todo los costos de los trabajadores y el consumo intermedio) así como de su producción (precios y costos de sus actividades). Esta información se integra con los datos de financiamiento cuando es posible.

En términos generales, una vez se han recopilado los datos de las fuentes de información, en lo que se refiere a la calidad y oportunidad de los mismos, se tiene que decidir si se va a utilizar la base de datos de las instituciones de financiamiento o de los proveedores. También se puede utilizar un conjunto de datos de diferentes funciones (como por ejemplo de productos farmacéuticos y atención hospitalaria). Por tanto, para crear las cuentas básicas se deben que incluir todos los datos pertinentes.

Si las bases de datos de los esquemas de financiamiento (o agentes) son el conjunto de datos básicos, el primer paso es realizar un análisis cualitativo, en el cual se distingan los diferentes tipos de transacciones públicas: transferencias del gobierno a otros esquemas de financiamiento, diferentes de los esquemas públicos y el gasto del gobierno en los esquemas públicos. Otro asunto importante es aclarar si el agente de financiamiento (como por ejemplo un seguro social o una compañía de seguros) gestiona más de un esquema de financiamiento. En dichos casos, el gasto de los diferentes esquemas de financiamiento hay que tratarlo por separado. Un problema especial puede ser calcular los costos de administración por separado. Todo el gasto en las funciones de salud de los esquemas de financiamiento se tiene que incluir y las transacciones para otros propósitos (por ejemplo, transferencias del gobierno a los esquemas de financiamiento) se excluyen. La información de las bases de datos de las instituciones de financiamiento debe ser integrada con la información funcional del proveedor, pero la cifra de referencia para el gasto corriente en salud será la del gasto total en salud de los esquemas de financiamiento.

Si las bases de datos de los proveedores va a ser el método principal que se va a utilizar, los datos de los proveedores se deberán extraer de sus ingresos. Es importante que sean lo más exhaustivas posible, ya que la cifra de referencia sobre el gasto corriente en salud va a representar el ingreso total de los proveedores por la prestación de bienes y servicios de salud a la población residente.

Idealmente, los gastos en salud y sus subagregados se calculan utilizando los dos enfoques, es decir, utilizando las bases de datos tanto de las instituciones financieras como de los proveedores. Los datos entonces se comparan y las diferencias se analizan y reconcilian.

Los organismos públicos pueden desempeñar varios roles en el SHA – pueden ser los que proporcionan ingresos a los esquemas de financiamiento, pueden ser agentes de financiamiento y también proveedores de servicios de salud. Algunos organismos públicos que no tienen a su cargo cuestiones que son evidentemente de salud, pueden disponer también de información de utilidad. Los ministerios de salud, organismos del sistema de salud, ministerios de economía, institutos nacionales de estadística (todos estos organismos pueden ser una fuente de información importante), ministerios de servicios sociales, agencias de la seguridad social, bancos centrales, administraciones locales o regionales, reguladores financieros y registros mercantiles, pueden disponer de información importante. El acceso a toda esta información sobre el gasto para los productores de las cuentas nacionales de la salud, puede ser otro problema importante. Todas estas fuentes de información hay que complementarlas con otras fuentes como las de las compañías de seguros médicos², sindicatos, información de mercado y datos de las cuentas ISFLSH.

Paso IV: Crear una base de datos de cuentas de salud³

Después de hacer el inventario de las fuentes de información y un listado inicial de las instituciones del sistema de salud y de los esquemas financieros, habrá que recopilar y registrar toda la información para guardarla en una aplicación, tipo base de datos, o en una hoja de cálculo. La futura estructura de la base de datos es importante, pero una estructura básica con proveedores o funciones podría ser suficiente para empezar, lo cual nos dejaría espacio suficiente para describir los metadatos.

El proceso se puede componer de los pasos siguientes:

- Decidir la estructura de la base de datos y del registro de los mismos;
- Decidir los datos que se van a recoger; introducir los existentes en la base de datos;
- Asignar los códigos de la clasificación del SHA a todas las entradas de datos;
- Investigar posibles carencias y fuentes de datos; y
- Finalmente crear las tablas del SHA.

Se recomienda aplicar un método iterativo para mejorar los cálculos iniciales, solucionar las posibles carencias de información y reconciliar los datos de distintas fuentes.

En principio, cuanta más información se recoja, mejor. Pero al recoger dicha información hay que tener en cuenta tanto el tiempo como el dinero. A veces hay que pagar por las bases de datos y los costos pueden ser importantes. En otras bases de datos, hay que tener en cuenta la carga que supone la adecuación de las mismas para fines de las cuentas, así como el tiempo y otros recursos del

² Además, otras aseguradoras, como por ejemplo, las de accidentes, pueden tener información importante.

³ Las acciones en el paso IV, junto con otras acciones se consideran un proceso iterativo. Habrá un proceso de generación inicial de bases de datos utilizando las fuentes de datos identificadas. En ese momento es necesario identificar las carencias o problemas en la base de datos que podría llevarnos a buscar fuentes adicionales. Estas fuentes hay que compararlas con las bases de datos y los cálculos realizados cuando sea necesario. Este proceso iterativo se repite hasta conseguir una estabilidad y calidad suficiente de la base de datos.

equipo encargado de su recopilación. Durante las primeras fases de desarrollo es fundamental centrarse en adquirir los datos sobre el gasto. Más tarde se pueden conseguir otros datos, no relativos a los gastos, una vez se haya comprobado que se dispone de suficientes fuentes de gastos. Durante las primeras fases hay que establecer prioridades y los datos más importantes son los gastos de las funciones principales de salud. Una vez recopilados, los datos se introducen en la base de datos y se lleva cabo una clasificación provicional. Las tablas 14.1, 14.2 y 14.3 son un ejemplo. La base de datos se tiene que organizar teniendo en cuenta la naturaleza del sistema de salud y la disponibilidad de información.

Tabla 14.1 **Ejemplo de proveedor: información de la actividad del hospital**

Código actividad hospital	Descripción	Función HC
HOSP1	Unidad de accidentes y emergencias	Curativa (HC.1)
HOSP2	Cirugía ortopédica	Curativa (HC.1)
HOSP3	Servicios de fisioterapia	Rehabilitación (HC.2)
HOSP4	Mamografía (programa de cribado de cáncer de mama)	Prevención (HC.6)
...

Fuente: IHAT para SHA 2011

Tabla 14.2 **Ejemplo de fuente de financiamiento: Información Presupuestaria del Ministerio de Salud**

Código de partida presupuesto	Descripción	Función HC
1	Procedimientos diagnósticos no especificados por función	Servicios auxiliares (HC.4)
2	Programas de vacunación	Prevención (HC.6)
3	Compra de máquinas IRM	No HC sino Formación de Capital
4	Pagos a funcionarios	Administración del sistema de salud (HC.7)
...

Fuente: IHAT para SHA 2011

Ejemplos de una distribución inicial de datos para construir las tablas SHA

Nota sobre los límites y códigos del SHA y los nacionales

Como se ha indicado en el Paso II, es necesario identificar las principales diferencias conceptuales entre las cuentas nacionales de salud y el SHA 2011. Normalmente, todos los datos del gobierno, de las empresas y de las encuestas a los hogares se codifican y definen en las clasificaciones estadísticas nacionales, que tienen que corresponder en lo posible con los códigos del SHA 2011. Se recomienda consultar estas tablas de correspondencia anualmente, porque cada año se revisan las partidas en los presupuestos públicos de salud.

La base de datos del SHA se debe integrar en la base de datos de las cuentas nacionales de salud, utilizando una codificación doble que permita la notificación simultánea, de acuerdo con las necesidades nacionales e internacionales. Esto permite también presentar las cuentas de salud de una forma diferente, pero coherente con las notificaciones internacionales.

Una asignación detallada de los códigos de clasificación del SHA

Cuando se está trabajando con registros detallados de datos, para poder conseguir que los gastos sean iguales en las dimensiones de funciones, proveedores y esquemas o agentes de financiamiento, sería de utilidad crear una base de datos que nos permita codificar de forma simultánea los datos que se introducen en varias clasificaciones del SHA, como el ejemplo en la tabla 14.3. Se pueden añadir más columnas a la base de datos, para incluir por ejemplo un identificador regional subnacional.

Resolución de problemas

Una vez asignados los datos según las clasificaciones del SHA, pueden surgir algunas dudas en cuanto a la fuente de los mismos. Es muy importante ponerse en contacto con los proveedores de información y los expertos encargados de dichas fuentes de datos, para poder decidir el uso que el responsable de generar las cuentas de salud va a hacer de los datos. De esta forma los expertos podrán asesorarle convenientemente.

Es importante mantener un registro de las dudas que surjan de los conjuntos de datos individuales o múltiples. ¿Qué tipo de problemas nos podemos encontrar? Nos podemos encontrar por ejemplo que no existan datos sobre los gastos en salud de algunos participantes; que no haya suficiente información funcional, o que no se pueda separar la salud de la asistencia social, o que no haya información de la clasificación cruzada; o que se obtengan resultados contradictorios, o una información sobre una actividad sin gastos asociados.

Estos problemas pueden provocar la necesidad de adquirir datos adicionales, hacer supuestos sobre las asignaciones, utilizar variables sustitutivas y calcular o reconciliar resultados contradictorios.

Fase V: Cálculos y llenado de las tablas

Cuando se considere que la base de datos está completa y se ha realizado todo el proceso de iteración y comprobación, el resultado es la clasificación cruzada del gasto corriente en salud, inicialmente con las tablas de función, proveedor y esquema de financiamiento y a continuación con otras adicionales que sea factible llenar. Un paso importante del trabajo es aclarar si se necesita preparar tablas de trabajo. Por ejemplo, podría ser de utilidad preparar primero una tabla separada HC x HF de cada esquema de financiamiento para reconciliar los subagregados a partir de las bases de datos de las instituciones de financiamiento y las bases de datos de los proveedores por separado para cada uno de los esquemas de financiamiento.

Finalmente, es importante auditar el proceso de recopilación en lo que se refiere a la calidad, métodos y manipulación de los datos antes de aprobar el trabajo para su publicación. A este fin, se debe presentar una descripción en la que se expliquen los métodos utilizados para obtener las cifras. En concreto, se debe señalar la calidad relativa de las diferentes partes de la tabla, exponiendo las razones. Con ello se consigue mejorar la información, ya que así los proveedores de datos empiezan a entender cómo se utiliza su información e intentarán mejorarla.

Fase VI. Preparar una documentación detallada del trabajo de las cuentas de salud

Al sistematizar el trabajo con las cuentas de salud para que sea un proceso periódico, será necesario registrar todas las fuentes de información, métodos de cálculo, ajustes y estimación utilizados. Esta información se puede publicar más tarde en formato resumen para que los demás entiendan mejor los resultados.

Fase VII. Comprobación de la calidad de los resultados

Además de comprobar la calidad durante las distintas fases de producción de las cuentas de salud, una vez terminado el proceso se debe comprobar la calidad del resultado final. Para ello, será necesario cotejar los datos de las diferentes fuentes, validar los puntos de introducción de los datos del último año con los puntos de introducción de datos del año anterior e investigar los cambios importantes y sin explicación.

Tabla 14.3 **Representación detallada de cómo se pueden guardar los datos en una base de datos**

Partida	Año	Descripción	Área nacional del gasto	Fuente	SHA 2011				Importe (millones NCU)	Comentarios
					HC	HP	FA	HF		
1	2009	Servicios de radioterapia oncológica	Servicios hospitales públicos	Esquema gobierno central (FA: administración pública)	1.1.1	1.1	1.1.1	1.1.1	50	Este financiamiento público se limitaba a los hospitales públicos en 2009
2	2009	Servicios de ambulancias	Servicio de transporte de pacientes	Fondos privados de seguros médicos	4.3	4.1	2	2.1.1	40	
3	2009	Detección temprana de cáncer de mama	Salud preventiva	Esquema gobierno central (FA: instituciones sin fines de lucro)	6.1.3	6	1.1.1	1.1.1	100	
4	2009	Servicios dentales pagados por los seguros de indemnización trabajadores	Servicios dentales	Seguro voluntario (FA: aseguradoras indemnizaciones por lesiones)	1.3.2	3,2	2	2,3	5	
5	2009	Costos de los Departamentos del Ministerio de Salud	Administración	Esquema gobierno central (FA: MdS)	7.1	7.1	1.1.1	1.1.1	1000	
...	...									

Se pueden añadir columnas adicionales para los metadatos, cálculos o métodos de cálculo.

Fuente: IHAT para SHA 2011

Fase VIII. Presentar los resultados (tablas de salida, indicadores clave, análisis para diferentes audiencias, etc.)

El paso final es la presentación de los resultados con los indicadores clave, con un resumen de las principales desviaciones de las normas aceptadas, o la información sobre la cobertura de dichos resultados. La presentación puede incluir análisis concretos. El capítulo 15 detalla más este paso, con algunas tablas e indicadores que los encargados de las cuentas de salud pueden utilizar, o adaptar si así lo desean.

Asuntos generales sobre mediciones

Esta sección describe algunos asuntos de carácter general sobre las mediciones que hay que tener en cuenta en lo que se refiere a los conceptos básicos, así como partes específicas de la dimensión funcional, proveedores y financiación de la estructura contable del SHA, describiendo el uso del prorrateo como técnica de cálculo. También examina el cálculo del gasto privado en salud.

Momento de registro

Como se ha comentado en el capítulo 3, este manual recomienda el método de lo devengado, en el que los gastos se atribuyen al momento en el que se realizó la actividad, más que el método del efectivo, en el que los gastos se registran cuando se ha pagado el servicio realizado. La utilización del método del efectivo nos puede dar una imagen distorsionada. Por ejemplo, las negociaciones salariales o presupuestarias, o las medidas de reforma de salud pueden tener un efecto de arrastre de un ejercicio fiscal a otro. En la contabilidad según registro de caja muchas veces no se pueden registrar los flujos no monetarios, ni tampoco otros datos económicos.

Este tipo de contabilidad se puede aplicar en algunos países y algunas partes del sistema de salud. Los responsables de las cuentas de salud pueden encontrar una variedad de prácticas contables en sus fuentes de datos, algunas de devengado y otras según el principio de caja. En la medida de lo posible, se debería convertir todo al principio de devengado.

A efectos internacionales, este manual recomienda elaborar las cuentas de salud en el año calendario. Sin embargo, muchas veces la información se notifica en diferentes momentos. Por ejemplo, los datos del gobierno se pueden notificar en ejercicios fiscales alternos. La forma más fácil de convertir años fiscales en años calendario es suponer que los gastos se producen cada mes en cantidades iguales. De esta forma, cada parte del año fiscal se puede asignar a un año calendario determinado. Sin embargo, este método no es tan bueno si se piensa que se va a producir una inflación de precios o cualquier otra circunstancia va a afectar al gasto de cada mes. En dichos casos, se puede crear un indicador que permita modificar el ajuste proporcional para que no sea constante. Por ejemplo, en caso de una inflación de precios, se puede obtener un índice mensual de las fuentes publicadas, o desglosar la inflación anual en cifras mensuales. La suma de esas cifras mensuales se puede utilizar para determinar en qué proporción hay que dividir el año fiscal total.

HC Clasificación funcional

HC.1 y HC.2 Atención curativa y de rehabilitación

Para distinguir entre las diferentes funciones de los servicios médicos (atención curativa, de rehabilitación y de larga duración), la clave es el tipo de atención que se presta. Por un lado, las funciones diferentes pueden tener costos distintos, sobre todo en los hospitales; pero además, existe la dificultad en muchos países para distinguir entre los dos primeros tipos servicios médicos – el curativo y de rehabilitación – porque el gasto de esas dos funciones puede estar combinado en una sola partida.

La atención curativa puede incluir un conjunto de actividades bastante dispares, a diferencia de otras funciones, en las que se realiza un conjunto más homogéneo de actividades. Esto ha hecho que algunos países calculen esta función utilizando un método residual, es decir, restando del gasto total en salud (o en servicios médicos) las demás funciones.

Modo de provisión y costos de administración y hotelería. En el nivel de dos dígitos, curación y rehabilitación (así como atención de larga duración) se subdivide en los cuatro tipos de modos de prestación de los servicios de salud, es decir, internamiento, ambulatorios, atención de día y atención domiciliaria. La subdivisión de las funciones en estos modos de provisión es importante para la política de salud, así como muy útil para calcular los totales por modo de provisión en cada país. Dada la importancia de este asunto, se ha elaborado una guía separada sobre los modos de producción en los hospitales.

El concepto de modo de provisión resume una serie de dimensiones separadas: (i) si las atenciones se prestan en el establecimiento del proveedor; (ii) si el paciente queda admitido para recibir atención en el establecimiento del proveedor (o se le da el alta); y (iii) si el paciente pasa la noche en el establecimiento del proveedor.

Para evitar ser repetitivos, esta guía se centra en los modos de provisión en los hospitales, pero sus principios se pueden aplicar por igual a otros proveedores.

Cuando los servicios de atención se prestan en el domicilio del paciente, claramente es una atención domiciliaria. Cuando las atenciones se prestan en el establecimiento del proveedor, los modos de producción se resumen en la tabla 14.4.

Tabla 14.4 **Representación detallada de cómo se pueden guardar los datos en una base de datos**

	Admisión oficial o alta	No admisión oficial
No pasa la noche	Atención de día	Ambulatorio
Pasa la noche	Internamiento	No aplica

Fuente: IHAT para SHA 2011.

Atención con internamiento. En la atención con internamiento, los “costos de hotelería” – comida, limpieza, alojamiento e incluso el alojamiento del familiar del paciente (si es indispensable), los cuales se realizan porque el paciente tiene que pasar la noche en el hospital -- se incluyen como parte del costo de salud, cuando la razón del internamiento es prestarle un servicio de salud. Esta línea fronteriza plantea algunas dificultades para los proveedores mixtos, es decir para la categoría HP.2 Establecimientos residenciales de atención de larga duración. La atención con internamiento se presta en los hospitales, pero también en otros establecimientos, como por ejemplo residencias y centros ambulatorios, prisiones y hospitales del ejército. El término “internamiento” en el SHA tiene un significado más amplio, comparado con algunos sistemas de notificación nacional (en los que el término se puede limitar a la atención con internamiento en los hospitales).

Atención de día. Cuando un paciente permanece (con admisión oficial) entre 3 y 8 horas en instituciones o centros de atención especializados para este tipo de atenciones, por ejemplo cirugía electiva.

Atención ambulatoria. La atención ambulatoria se presta por ejemplo en el consultorio del médico, en los centros ambulatorios de los hospitales y centros de asistencia ambulatoria. Puede incluir servicios de tele-salud. La definición de atención ambulatoria en el SHA puede tener un significado más amplio que la que se utiliza en algunos sistemas de notificación nacionales.

Atención domiciliaria. La atención domiciliaria excluye el consumo de bienes médicos dispensados en farmacias, como parte del consumo privado del hogar. Ejemplos de este tipo de servicios son los servicios de obstetricia, diálisis, servicios prestados por enfermeras móviles y visitantes médicos, así como la atención de larga duración (salud y social).

HC.4 Servicios auxiliares

HC.4: Los servicios auxiliares de salud abarcan una variedad de servicios, prestados por personal paramédico o técnico médico con o sin supervisión directa de un médico. Existen tres categorías para los servicios auxiliares: HC.4.1: Servicios de laboratorio; HC.4.2: Servicios de imagenología; y HC 4.3: Transporte de pacientes. Los únicos servicios auxiliares que se reportan de manera separada son los que solicitan directamente los pacientes y no son entonces servicios intermedios. Los servicios de diagnóstico dentro de las unidades ambulatorias son generalmente parte del paquete de actividades de tratamiento y por tanto no se excluyen.

HC.4.3: El transporte del paciente comprende todos los servicios de transporte – con independencia del modo de producción – incluso aquellos servicios relacionados con los servicios médicos que poseen una dimensión de modo de producción.

Estos servicios auxiliares son actividades de apoyo, más que intervenciones médicas, que no necesariamente requieren formación o conocimientos médicos. En los modos de producción internamiento y atención de día, los costos de estos servicios son difíciles de separar de los demás costos de los servicios médicos, por lo cual no se identifican de forma separada en el SHA. En los entornos ambulatorios y de atención domiciliaria, los servicios auxiliares hay que registrarlos de forma separa. Los servicios de salud son diferentes en muchos países, en lo que se

refiere al modo de producción, por lo que la proporción de servicios auxiliares que se identifican de forma separada en el marco del SHA también será diferente. Algunos países, para fines nacionales, consideran útil recopilar toda la información sobre los servicios auxiliares en todo tipo de entornos. La cifra “total” de servicios auxiliares podría aparecer en las Cuentas Nacionales de Salud como una partida de notificación debajo de la línea.

Los servicios auxiliares se pueden prestar de dos formas. La primera, los puede prestar una institución independiente ajena a los servicios médicos que se prestan. La segunda, los puede prestar la misma institución. La disponibilidad de los datos y los métodos de contabilizar los servicios auxiliares prestados pueden ser diferentes.

No es difícil encontrar información sobre las actividades y costos de los servicios auxiliares que se prestan en una institución independiente. Tanto si se utiliza el modelo de demanda o provisión, los flujos financieros y los datos de producción son claramente identificables. Si, por ejemplo, un hospital contrata servicios auxiliares a un laboratorio independiente, el flujo financiero será fácil de identificar. Los casos más difíciles son aquellos en los que los servicios auxiliares se prestan en la misma institución donde se proveen los servicios médicos.

Por tanto, el responsable de generar las cuentas tiene básicamente dos métodos a su disposición. El primer método requiere la búsqueda de información de los flujos financieros. El segundo consiste en encargar un estudio específico para examinar el gasto en servicios auxiliares así como sus costos.

HC.5 Bienes médicos

La recopilación de información en esta partida puede ser relativamente directa, ya que los bienes médicos son tangibles y por tanto fácilmente identificables. Como varios países expresaron la dificultad que tenían para distinguir entre los productos asociados a los diferentes modos de producción, en el SHA 2011 se abandonó este intento y todos los bienes médicos que se venden directamente a los pacientes se incluyen en esta categoría HC.5.

Tabla 14.5 **Consumo de bienes médicos no especificados por función**

HC.5 Bienes médicos (sin especificar por función)
HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros no perecederos
HC 5.1.1 Medicamentos con prescripción
HC 5.1.2 Medicamentos de venta directa
HC 5.1.3 Otros bienes médicos no perecederos
HC 5.2 Dispositivos terapéuticos y otros bienes médicos
HC 5.2.1 Gafas y otros productos de visión
HC 5.2.2 Audífonos
HC.5.2.3 Otros aparatos ortopédicos, órtesis y prótesis (excluidas las gafas y audífonos)
HC.5.2.9 Todos los demás bienes médicos no perecederos, incluidos los dispositivos médicos técnicos no especificados por función

Fuente: IHAT para SHA 2011

HC.5 se divide en dos grupos i) productos farmacéuticos y otros no perecederos, y ii) dispositivos terapéuticos y otros bienes médicos.

Es posible que algunos países consigan los datos del proveedor HP.5, tales como los minoristas (farmacias o supermercados que venden bienes médicos) u otros productores de bienes médicos. Hay vínculos muy estrechos entre HC.5 y la partida COICOP 6.1. Para más información, véanse Anexos.

La información sobre el gasto privado en bienes médicos se puede conseguir de las encuestas a las empresas. En las encuestas a las farmacias, el total de ventas puede ser superior al de la venta de medicamentos, ya que pueden vender otro tipo de productos como comestibles y material de papelería. En tales casos, se tienen que realizar ajustes para excluir esas partidas del ámbito de las cuentas de salud y conseguir datos adicionales suplementarios para ajustar los datos primarios (véase Rannan-Eliya y Lorenzoni, 2010).

Otros asuntos que es necesario abordar es cómo distribuir las diferentes funciones de salud, como por ejemplo la administración del seguro médico, o servicios curativos-preventivos-rehabilitación, o cómo separar las funciones de salud de otras actividades, por ejemplo de las de investigación. En la sección sobre prorrateo se pueden consultar algunas directrices al respecto.

HP Clasificación de proveedores

El enfoque del proveedor es utilizado por los productores de cuentas cuya fuente de datos principal está basada en la información financiera de los proveedores. Los gastos en salud utilizando este método se obtendrán de la información sobre los ingresos que obtengan los proveedores. Las fuentes de información en este modelo son: las encuestas a empresas; encuestas sobre actividades financieras, información contable presentada a los institutos de estadística y agencias tributarias, información sobre la oferta y la demanda de las empresas que realizan estudios de mercado. Cuando no se dispone de todo este tipo de información o cuando está incompleta, los ingresos se pueden estimar a partir de la información sobre los insumos y sus costos (salarios del personal y consumo intermedio) así como de la producción o información sobre la actividad (número de actividades realizadas y sus precios y costos respectivos). Hay que prestar atención a la posibilidad de una doble contabilidad. Como se describe en el capítulo 6, cuando el hospital contrata los servicios de laboratorio a un proveedor de servicios auxiliares independiente, el encargado de generar las cuentas de salud debe asegurarse de no anotar el gasto dos veces, una cuando analice las cuentas del hospital y otra cuando anote el proveedor de servicios auxiliares. Además, cuando se utilice este método, hay que excluir el gasto que no es de salud efectuado por el proveedor (por ejemplo, el gasto en servicios sociales).

En términos generales, primero el responsable de generar las cuentas de salud organiza la base de datos con todos los proveedores de salud, incluyendo los primarios y los secundarios, para todas las actividades identificadas como salud dentro de la clasificación funcional. Para calcular el valor de los bienes y servicios de salud prestados, es importante separar los proveedores en proveedores de mercado y de no mercado. El segundo paso consiste en calcular el valor de la prestación específica de

salud para igualar los ingresos procedentes de los esquemas de financiamiento. La clasificación cruzada HPxHF nos sirve para calcular y reconciliar los flujos monetarios de gasto corriente en salud de los esquemas de financiamiento a los proveedores, así como llevar a cabo una reconciliación con la clasificación funcional.

HF, FS y FA Clasificaciones de financiamiento

Las fuentes originales de los datos de financiamiento procederán de algunas unidades institucionales que participan del sistema de financiamiento, entre las que se puede incluir ministerios, organismos públicos, seguros de salud, ONGs, proveedores de servicios de salud, hogares, empresas y donantes extranjeros.

Dado que los fondos pueden pasar por uno o más organismos intermedios, es importante asegurarse de que no se produce una doble contabilidad y que se hayan identificado todos los fondos disponibles para la provisión de los bienes y servicios de salud.

Este manual identifica los esquemas de financiamiento de interés para poder hacer las comparaciones internacionales y para el monitoreo de las políticas nacionales a lo largo del tiempo. La información básica de los esquemas y sus ingresos normalmente se extrae de la información que facilitan los agentes de financiamiento que gestionan estos esquemas, o de las unidades institucionales que aportan los ingresos a los esquemas de financiamiento, ya que cada agente o unidad institucional de financiamiento de los esquemas puede gestionar o participar en uno o más de uno. Para más información, consulte los capítulos 7 y 8. Unas directrices no incluidas en este manual servirán para que los encargados de generar las cuentas puedan aplicar las clasificaciones de financiamiento de la salud en el SHA 2011.

El cuadro 14.1 incluye un listado exhaustivo de asuntos relacionados con la generación de cuentas de algunos capítulos del manual que se tienen que tener en cuenta para redactar directrices adicionales y buenas prácticas.

Estimaciones utilizando el prorrateo

El objetivo de esta sección es servir de guía para generar los datos sobre el gasto utilizando un modelo descendente, que supone la distribución de un agregado entre sus componentes. En muchos casos los datos estarán demasiado agregados para desglosarlos en servicios específicos. Esta metodología ha sido validada como viable y conveniente para las cuentas generales de salud. Sin embargo, es necesaria una directriz sobre cómo repartir el gasto. Los métodos que se proponen son:

- a) *Asignación siguiendo el principio de actividad principal de una clasificación de ramas de actividad.* Este modelo puede provocar distorsiones en el gasto. Por ello, no se recomienda salvo cuando se aplique para los componentes menores dentro del gasto en salud. Una diferencia con respecto al SCN es que para la economía total, las distorsiones que se puedan producir no son importantes, porque lo fundamental es integrar todos los recursos. Sin embargo, para una clasificación funcional, en la que el objetivo es conocer cada una de las categorías, las distorsiones pueden dañar la credibilidad de los datos. Sin embargo, este modelo puede ser un buen punto de partida para hacer la separación de los proveedores, así como para establecer los vínculos con CIIU/NACE sobre producción.

- b) *Desarrollar de estudios específicos.* Estos estudios pueden variar en su alcance y en la exactitud de los resultados. Pueden incluir desde opiniones de expertos y grupos focales, a la medición de actividades a través de estudios de “tiempo y movimiento”. Estos estudios requieren recursos y tiempo y se pueden adaptar a las condiciones del país. Se recomienda analizar experiencias previas y, en la medida de lo posible, extraer ejemplos de casos relacionados. Si se requieren métodos de cálculo más precisos, se sugiere utilizar un método ascendente.
- c) *Asignación utilizando claves.* La asignación de agregados normalmente requiere el uso de valores de referencia o claves. El proceso es identificar un valor que pueda reflejar la cantidad de recursos y gastos en varios de los componentes incluidos en el agregado que haya que dividir. La información básica se puede referir a los costos unitarios del servicio, o a los recursos humanos utilizados, o el número de servicios específicos prestados. También se han generado índices compuestos de varios insumos y costos, según la información existente en este terreno.
- d) *Ajuste caso por caso.* Algunos ajustes se pueden decidir caso por caso. Por ejemplo, el gasto en administración de las compañías de seguros se puede repartir proporcionalmente entre el gasto total en la categoría.

Cuadro 14.1 Otros asuntos sobre generación de cuentas

Factores de provisión

Cómo identificar y calcular el gasto en consumo intermedio

Cómo calcular los ingresos de los profesionales autónomos

Cómo calcular el consumo de capital

Beneficiarios

Cómo identificar las categorías de distribución adecuadas

Cómo dividir el gasto por grupo de enfermedad

Cómo calcular los grupos de gastos e ingresos

Formación de capital

Cómo calcular la inversión en IYD y E+F

Cómo calcular los valores en las mejoras de los hogares con un objetivo de salud

Cómo gestionar la inversión extranjera

Comercio exterior

Cómo tratar el comercio ilegal y no ético (por ejemplo, de órganos)

Cómo tratar las diferencias entre la población residente y la que tiene cobertura de seguro

Cómo tratar las diferencias importantes en la valoración de los precios en origen y destino

Cómo determinar cuándo el turismo médico es importante y requiere más estudio

Este tipo de prorrateo es un procedimiento muy utilizado que se puede aplicar cuando la información en los registros de gastos es insuficiente para calcular desembolsos específicos. El planteamiento general se puede aplicar para dividir el gasto en salud en los servicios seleccionados en un modelo descendente: internamiento, centros de atención de enfermería, atención ambulatoria, prevención y provisión farmacéutica.

En la Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud se describe este método, el cual se puede aplicar para distribuir el gasto por beneficiario por edad, sexo y enfermedad en los párrafos 14.74-14.93 (OMS, Banco Mundial y USAID, 2003).

El principio del prorrateo

El principio básico es la ecuación:

$$\text{Valor} = \text{precio} * \text{cantidad}$$

Fijación del límite: Es necesario definir los componentes que hay que calcular para establecer el límite de cálculo.

División del gasto corriente en bloques de costos homogéneos: Los datos que hay que distribuir se extraen de los agregados de las cuentas de salud: los que normalmente se manejan son los de internamiento y atención ambulatoria en hospitales; en los centros de atención de enfermería, la división entre gasto en salud y en asistencia social; en el caso de la atención ambulatoria, la distinción entre atención curativa, de rehabilitación y algunos componentes de prevención. Cuando sea factible, cada componente se debe desagregar en unidades más pequeñas para asegurar una mejor conexión con el costo.

Distribución del gasto corriente a través de claves de utilización: Una clave de distribución es una estimación de la distribución del uso de servicios de salud en distintas dimensiones combinadas, conectadas a cada bloque de costos o grupo de costos. Cada clave recibe una fracción de la utilización total dentro del grupo. Para poder utilizar las claves se tienen que cumplir determinados requisitos: todas juntas tienen que sumar el 100% de la atención prestada y no duplicar el número de servicios, ya que la distribución está conectada a indicadores de utilización de servicios de salud y a la unidad de costo. Por tanto, la naturaleza de dichos indicadores debe estar relacionada con el costo del recurso asociado a los servicios de salud: costos unitarios, recursos humanos o servicios consumidos.

Las claves de utilización (porcentajes) por grupos de costos se multiplican por el gasto total o un agregado y a continuación se suman. Los resultados hay que analizarlos y validarlos con los valores per capita, que se obtienen dividiendo el gasto por subcategoría y por la población.

Este tipo de modelo, aunque imperfecto, se puede llevar a cabo con un costo limitado y se ha venido refinando progresivamente, a fin de distribuir el gasto con los datos disponibles, como por ejemplo de los costos. Cuanto más precisos sean los estudios de costos con respecto al tipo de servicio consumido, más adecuada será la información a efectos del gasto. Por ejemplo, los estudios de costos deben reflejar las unidades médicas estratificadas por nivel de atención, complejidad

Ejemplos de claves de utilización son:

En internamiento: días-cama, admisiones, pacientes, procedimientos. Se deben ajustar por tipo de hospital.

En proveedores de salud ambulatoria: contactos, visitas, sesiones de tratamiento.

En servicios preventivos: población con cobertura

tecnológica o tamaño. El análisis de costos puede estar conectado a servicios y centros de costos. La distribución de los costos del centro de costos puede hacerse utilizando información sobre recursos humanos. Ejemplos: costos de pabellones de internamiento, días cama, medicamentos IP – cifra/costo real de medicamentos, costos de los quirófanos, radiología. De hecho, el costo se utiliza de forma indirecta para calcular los valores intermedios e identificar el perfil de distribución y aplicarlo para “ponderar el componente”.

El método básico

$$\boxed{\begin{array}{c} \text{Gasto} \\ \text{Servicio A} \end{array}} = \boxed{\begin{array}{c} \text{Gasto} \\ \text{Total} \end{array}} \times \boxed{\begin{array}{c} \text{N}^{\circ} \text{ de pacientes que reciben servicio A} \\ \text{Divido por el n}^{\circ} \text{ de todos los pacientes} \end{array}}$$

Dado que no se dispone de datos con el gasto por servicio, es necesario identificar una forma de asignar el gasto, que además requiere también de la existencia de otros datos. Se pueden utilizar una mezcla de claves y datos, cuya calidad es necesario verificar periódicamente para asegurarse de que se ha adoptado el mejor método.

Cada grupo de gastos puede presentar problemas adicionales que hay que resolver. En la práctica, por ejemplo, las unidades pueden ser bien proveedores de no mercado o proveedores de mercado y los métodos de medición de cada caso son distintos.⁴

1) Proveedores de no mercado

La base de la medida es el costo (no el precio). Los gastos disponibles son el gasto presupuestario y los costos del usuario, que se deben repartir según el costo de producción. En los países en los que los presupuestos de los hospitales no diferencian los insumos correspondientes al internamiento de los ambulatorios, puede ser necesario estimar la parte correspondiente al costo de pacientes ingresados.

2) Proveedores de mercado

La base de medida es el precio (no el costo). En la mayoría de los países es difícil conseguir los datos. Una alternativa es conseguirlos de las encuestas a los hogares o de las reclamaciones del seguro. Hay que tener cuidado cuando la población asegurada no sea representativa.

⁴ Una descripción de las mediciones de no mercado se puede ver en los capítulos 3, 9 y 13

Problemas de medición en un caso especial

Gasto privado en salud

Las fuentes de información incompletas y métodos de cálculo de los componentes del gasto privado en salud son las principales dificultades para hacer las comparaciones internacionales.

El problema principal en la medición del gasto privado en salud es su tendencia inherente a funcionar sin registros exhaustivos, fiables, tanto del lado del financiamiento como de la provisión. En efecto, los proveedores privados financiados con gastos directos, tienen a realizar su actividad sin notificar los datos a los institutos de estadística. La falta de datos de registros de proveedores privados supone una mayor dificultad, ya que limita la posibilidad de hacer unas encuestas exhaustivas y representativas. Por ello, si no se dispone de datos, administrativos o de transacciones, el cálculo del gasto privado en salud se debe basar en los datos obtenidos de las encuestas. Para conseguir cálculos fiables es necesario elegir los métodos adecuados, evaluar los datos disponibles y combinar la información de múltiples fuentes.

Las fuentes de información que se utilizan generalmente para calcular los componentes del gasto privado, como las encuestas a los hogares y los datos notificados en las cuentas nacionales, se han desarrollado para otras finalidades, y por tanto es difícil correlacionar las categorías nacionales con la Clasificación Internacional de las Cuentas de salud (ICHA), dadas las diferencias en conceptos, definiciones y exhaustividad de las clasificaciones.

Las directrices de la OCDE (2010) para medir el gasto privado en salud son un conjunto de modelos recomendados que se basan en un análisis de los problemas conocidos en el cálculo del gasto privado, teniendo en cuenta la fiabilidad, capacidad de reproducción y viabilidad de los métodos actuales y futuros. Son una plataforma para desarrollar métodos mejores.

Los gastos privados en salud son gastos cuya finalidad es la salud, que financian las unidades institucionales residentes y otras que pertenecen a los esquemas públicos o de seguro obligatorio. Los gastos que cubren el seguro de salud voluntario y los gastos directos se incluyen de las categorías HF.2 y HF.3 en la clasificación ICHA-HF.

Las directrices son recomendaciones generales de cómo hay que medir los gastos privados en salud, sobre todo de la estrategia de medición que hay que formular y cómo identificar los métodos y las fuentes de información. Dichas directrices son una herramienta para la autoevaluación nacional de la metodología existente. También analizan los posibles métodos para calcular los gastos privados, los específicos de los agentes de financiamiento y de los proveedores. Después, se presentan los métodos para calcular los gastos directos, ya que en estos métodos hay que tener en cuenta cuándo y cómo se pueden utilizar los datos de las encuestas a los hogares. Finalmente, las directrices mencionan cómo se pueden combinar los métodos de cálculo y las fuentes de datos para poder realizar un cálculo general y final de forma integradora.

La estrategia de medición:

- Prevé desglosar el problema de la medición de HF.2 y HF.3 en problemas de cálculo separados e independientes:
 - Separando los flujos financieros en la práctica
 - Variando las fuentes de datos por flujo de financiamiento
 - Independizando los errores en componentes individuales
- Considera que cada flujo de financiamiento tiene tres componentes:
 - Nivel
 - Tendencia
 - Composición
- Sugiere que la estrategia óptima puede ser calcular primero un agregado y a continuación la distribución por proveedores y funciones

En esta estrategia de medición también hay que utilizar un método integrador, que prevea el uso de información desde perspectivas diferentes en cada grupo de transacciones para triangular las mejores estimaciones de los flujos de financiamiento desde tres perspectivas: financiamiento, proveedor y consumo (en términos de composición de gastos).

Para calcular cualquier flujo específico de gastos se utilizan métodos distintos. Algunos son más fiables que otros. Por ello, las directrices clasifican los métodos en tres grupos, según su calidad y fiabilidad:

- Métodos que sean fiables e ideales, que sean además los más adecuados
- Métodos que sean menos fiables, pero aceptables cuando no se pueden utilizar métodos ideales
- Métodos que no son aceptables, como último recurso

Los responsables de las cuentas de salud tendrán que evaluar la calidad de las fuentes de información del gasto privado en salud y utilizar métodos de triangulación integradores para cotejar las fuentes de información.

Para más información, se deben consultar las directrices de la OCDE para la medición del gasto privado en salud.

PARTE II

Capítulo 15

**Presentación de los Resultados,
Tablas e Indicadores Básicos**

Introducción

El cálculo del gasto en salud es el objetivo de las cuentas de salud. Las cuentas de salud (CS) de un país ofrecen cifras de un período de tiempo determinado que se presenta en un conjunto de tablas en las que se clasifican varios aspectos del gasto en salud de dicho país. Las tablas son un medio de ver los flujos financieros relativos al consumo de bienes y servicios de salud de un país. Los datos los pueden utilizar analistas y responsables de políticas destinadas a evaluar el sistema de salud. Si los datos se notifican de forma que se puedan comparar, se podrán realizar evaluaciones entre países y compararlos internacionalmente.

Es importante entender que las tablas son una forma sistemática de notificar los datos de las cuentas de salud, pero los responsables políticos pedirán muchas veces que se presenten de forma concisa y con un significado inmediato en términos políticos. Los resultados habrá que extraerlos de las tablas y relacionarlos con aquellos datos que no sean de gastos, como por ejemplo los resultados y la producción, que puedan informar de forma explícita a los responsables de asuntos específicos, o sobre el progreso de políticas ya en vigor y el impacto observado de las mismas.

Un país cuenta con tres opciones para diseminar de manera sistemática los resultados de las cuentas de salud correspondientes a un período de tiempo determinado. Primero, a través de la difusión periódica de determinados indicadores, segundo, a través de la distribución de los datos en bases de datos nacionales, regionales e internacionales. El tercer método es la producción de un informe que resuma las cuentas de salud cada vez que se realice una ronda de estimaciones.

- Los indicadores representan la forma más frecuente de difusión de los datos de las cuentas de salud. Normalmente abarcan un Conjunto Mínimo de Datos y presenta un total del gasto (corriente) en salud, por ejemplo como porcentaje del PIB, y como valores per capita, entre otros.
- Los resultados de las cuentas de salud de los países también se notifican en las bases de datos nacionales, regionales e internacionales. Estas bases de datos tienen información histórica de los países, generalmente menos detallada si se compara con los informes de las cuentas de salud del país.
- El informe presenta los resultados de la CS de forma sistemática. El contenido del informe puede ser útil para diferentes usuarios y distintas finalidades, pero lo que es más importante, es pertinente a los asuntos políticos nacionales. También debe contener información necesaria sobre las fuentes de datos y los métodos.

Este capítulo describe el contenido del informe de las CS. También describe el proceso de armonización de los datos del país con las bases de datos, por lo que uno de los objetivos de este capítulo es lograr cierta comparabilidad en los informes futuros de cuentas de salud de los países, a fin de que se puedan

utilizar tanto a escala nacional como internacional. Otro objetivo del capítulo es resaltar la necesidad de documentar el proceso de producción de cuentas de salud, construyendo registros sobre las fuentes y la información metodológica, para que las diferencias observadas en un país a lo largo del tiempo y entre países, se puedan entender en el contexto adecuado.

El informe de las cuentas de salud

El contenido básico del informe debería incluir lo siguiente: una serie de tablas e indicadores que reflejen una buena política nacional y gobernanza; información general sobre el país para encuadrarlo en un contexto adecuado y entender mejor los resultados, con información de referencia para los indicadores informáticos; documentación sobre las fuentes de datos e información metodológica que sea importante para interpretar adecuadamente los resultados de las CS. Las tablas básicas en el informe de las CS son la HCxHP, HCxHF, HFxHP y HFxFS. Todo esto se explica más adelante, así como la inclusión de series temporales de las CS, el uso de las CS combinadas con otros datos relacionados con la salud y comprobaciones de la calidad de los resultados.

Tablas de las cuentas de salud

Las filas y columnas de las tablas de las CS incluyen varias de las clasificaciones presentadas en este manual. Las clasificaciones o dimensiones del gasto en salud incluyen:

- *Funciones (HC)*: los bienes y servicios prestados y actividades realizadas dentro de los límites de las cuentas de salud;
- *Proveedores (HP)*: entidades que reciben el dinero a cambio de producir las actividades incluidas en los límites de las cuentas de salud;
- *Esquemas de financiamiento (HF)*: componentes del sistema de financiamiento a la salud de un país que canalizan los ingresos recibidos y utilizan los fondos para pagar o comprar actividades dentro de los límites de las cuentas de salud;
- *Agentes de financiamiento (FA)*: unidades institucionales que gestionan los esquemas de financiamiento;
- *Fuentes de financiamiento (FS)*: los ingresos de los esquemas de financiamiento de la salud recibidos o recaudados a través de mecanismos de cotización específicos;
- *Factores de provisión (FP)*: los insumos utilizados para producir los bienes y servicios o actividades realizadas dentro del límite de las cuentas de salud;
- *Características de los beneficiarios* que reciben los bienes y servicios de salud o se benefician de esas actividades (los beneficiarios se pueden clasificar de diferentes maneras, como por ejemplo edad y sexo, nivel socioeconómico, salud y lugar de residencia);
- *Formación de capital (HK)*: los activos que los proveedores de salud han adquirido durante el período contable y que se utilizan de forma repetida o continua durante más de un año en la producción de servicios de salud;
- *Comercio en salud*: importaciones de bienes y servicios de salud prestadas a los residentes por proveedores no residentes, y exportaciones de bienes y servicios de salud prestados a los no residentes por los proveedores residentes;

- *Productos*: los distintos bienes y servicios ofrecidos por los proveedores de salud, incluyendo aquellos que no se consideran de salud.

Las clasificaciones se pueden aplicar a los gastos en salud de forma individual para crear tablas de gastos de una sola dimensión. Aunque este tipo de presentación de los datos puede ser muy útil como punto de partida y se puede utilizar para asuntos específicos muy importantes para el sistema de salud, se puede ganar un mayor valor informativo al cruzar dos o más clasificaciones de gasto.

Las tablas de las cuentas de salud son, de hecho, una clasificación cruzada. Aunque se pueden crear muchas combinaciones de tablas utilizando todas las dimensiones enumeradas anteriormente, sólo se ponen como ejemplos algunas tablas que se podrían incluir en el informe de las cuentas de salud. Hay algunas tablas que son de particular interés para las comparaciones internacionales. Para determinados fines nacionales, el listado de tablas propuestas puede representar un “menú” en el que los responsables de generar las cuentas de salud pueden elegir, pero siempre teniendo en cuenta que estas tablas no son las únicas que se pueden producir. Los responsables políticos de cada país tienen sus propias necesidades de información que deben abordar utilizando los datos de las cuentas de salud. Crear tablas, aunque sean solo algunas, es mejor que no crear ninguna. Crear más tablas, es mejor que crear menos, aunque concentrarse en unas cuantas tablas básicas puede ser más acertado si los recursos son escasos. La elección sobre qué tablas construir debe vincular el uso potencial de las mismas y la viabilidad de creación¹.

El SHA gira en torno al modelo tri-axial de estimación, donde se espera que el valor de los bienes y servicios de salud calculados desde la perspectiva del consumo coinciden con los valores calculados en la parte de provisión y financiamiento. Por tanto, la clasificación cruzada de los tres ejes o dimensiones define el conjunto básico de tablas que cada país debe elaborar a fin de tener estimaciones creíbles de las cuentas de salud. Las experiencias en los países con cuentas de salud indican que la aplicación de las tres clasificaciones (funciones, proveedores y esquemas de financiamiento) es fundamental para conseguir una estimación realista del gasto total corriente en salud. Las tablas que cruzan estas dimensiones son herramientas importantes para crear totales y subtotales de agregados coherentes.

La mayoría de las tablas que se describen en este capítulo son bidimensionales. Cada tabla representa un tipo específico de transacción financiera de salud o flujo de recursos, donde los flujos tienen por una parte el origen de los fondos y por otra los receptores o los que utilizan dichos fondos. Por convención, en las columnas se ponen los “órigenes” y en las filas los receptores o “usos” de los fondos. Las etiquetas de las tablas HA se refieren primero a la clasificación por filas (usos) y después a la clasificación por columnas (origen), por ejemplo, la tabla que muestra el flujo de recursos de los esquemas de financiamiento (HF) de los proveedores (HP) se denomina la tabla HPxHF. La secuencia de transacciones o flujos de recursos a través del sistema de salud se pueden recoger en una serie de tablas de cuentas de salud, a saber: de las fuentes de financiamiento y los tipos de ingresos de los

¹ Es importante entender que la información de las cuentas de la salud se convierte en información periódica y producida a bajo costo, si los responsables políticos encuentran los resultados útiles y la solicitan con frecuencia.

esquemas de financiamiento, de los esquemas de financiamiento a los proveedores y de los proveedores a los bienes y servicios de salud consumidos y, finalmente, cómo estos últimos se reparten entre los beneficiarios.

A continuación se mencionan las tablas que ilustran lo que se puede incluir en el informe. La primera de las tres tablas clasifica de forma cruzada los gastos según las tres dimensiones del modelo de tri-axial del SHA.

Gasto en salud por esquema de financiamiento y función (HCxHF)

La tabla que muestra los gastos en salud por esquema de financiamiento y tipo de función (véase tabla 15.2) describe la asignación general y específica de recursos de los principales servicios de salud, por parte de los esquemas de financiamiento. Esta tabla destaca los recursos clave para los analistas de salud. En esta tabla se sabe “quién financia qué” y permite identificar las funciones en las que se concentran los recursos y sus principales formas de financiamiento. La experiencia ha demostrado que esta tabla es importante para validar los cálculos de la demanda de gasto corriente en salud.

Gasto en salud por tipo de proveedor y por función (HCxHP)

La tabla que muestra el gasto en salud por tipo de proveedor y por función (véase tabla 15.3) muestra cómo se canalizan los gastos en diferentes funciones de salud a través de varios tipos de proveedores. Es decir, informa al usuario “quién es el que presta el servicio”. Esta tabla es un resumen del mercado de la salud en el país, es decir, la estructura de los servicios de salud que un país necesita y quiénes son los proveedores de los mismos. Esta tabla ha demostrado ser muy valiosa para validar el lado de la oferta cuando se calcula el gasto corriente en salud.

Gasto en salud por esquema de financiamiento y tipo de proveedor (HPxHF)

Esta tabla muestra la estructura del gasto corriente en salud de acuerdo a los modelos o formas de organización financiera (esquemas de financiamiento) que aportan los fondos a los proveedores (véase tabla 15.4). En la tabla se describe cómo se reparten los fondos entre los diferentes tipos de proveedores y se aborda la cuestión de “quién financia a quién”. La tabla permite identificar los proveedores en los que se concentran los recursos y sus canales de financiamiento. La experiencia con las cuentas de salud ha demostrado que la tabla HPxHF es una herramienta importante para calcular el gasto corriente en salud y debería ser el foco principal para el trabajo inicial.

Ingresos de los esquemas de financiamiento por tipo de ingresos (HFxFS)

Esta tabla muestra la forma en que se financian los distintos esquemas (véase tabla 15.5). Las unidades institucionales recogen los fondos que se utilizan para financiar los esquemas. La tabla aborda la cuestión de “dónde procede el dinero”, mostrando los tipos de ingresos de cada esquema de financiamiento. La tabla muestra también la función que desempeña cada tipo de ingreso en el financiamiento de cada esquema de financiamiento así como también en el gasto corriente total.

Gasto en salud por agente de financiamiento y por esquema de financiamiento (HFxFA)

La tabla muestra cada esquema y la parte del gasto que gestiona cada agente (véase tabla 15.6). Esta tabla muestra la estructura del financiamiento a la salud, indicando la relación entre los esquemas y los agentes. La tabla aborda la cuestión de “quién gestiona el esquema de pagos”. Las tablas de los esquemas de financiamiento se pueden crear a partir de los agentes de financiamiento, ya que son las fuentes de los datos para las mismas.

Factores de provisión por tipo de proveedor (HPxFP), por función (HCxFP) y por esquema de financiamiento (HFxFP)

La información sobre los factores de provisión es una herramienta clave de control para determinar el rendimiento integral del sistema y es la base para analizar la eficiencia de la producción y el uso de los recursos. La clasificación de los factores de provisión se puede cruzar con otras tres clasificaciones: HP, HC y HF. La primera tabla muestra la asignación de los factores por proveedor de los diferentes recursos utilizados para producir los bienes y servicios de salud (véase tabla 15.7). La pregunta que responde la tabla es “cuáles son los insumos utilizados en el proceso de provisión y qué grupos específicos de proveedores los utilizan”. La segunda opción muestra la asignación de diferentes tipos de factores entre varios tipos de bienes y servicios de salud (agrupados por funciones). La cuestión que responde la tabla es “cuáles son los insumos utilizados para la provisión de bienes y servicios específicos”. La tercera tabla posible muestra cómo se financian los diferentes factores utilizados en la prestación de los servicios de salud. La cuestión que responde la tabla HFxFP “quién paga los distintos insumos utilizados en la provisión”.

Gastos por tipo de proveedor y bienes de capital (HKxHP)

Esta tabla (véase tabla 11.2 en capítulo 11) muestra el valor neto de los bienes de capital por tipo de activo adquirido por varios proveedores. Resuelve la pregunta de “quién está invirtiendo” para ampliar las capacidades físicas para prestar los servicios de salud y los tipos de inversiones. Informa de la capacidad en el futuro de distintos proveedores.

Gasto por agente de financiamiento y bienes de capital (HKxFA)

Esta tabla es una descripción de cómo se financia la adquisición de bienes de capital. Responde a la pregunta de “quién paga la inversión”. La inversión aparece por tipo de activo o productos no perecederos. Nos informa de la forma que están financiadas las inversiones de los proveedores de salud y si se puede sostener su estructura de financiamiento.

Comercio en salud: exportaciones e importaciones (HC.XxHP y HC.MxHF)

Estas tablas (tablas 12.2 y 12.3 en capítulo 12) muestran los dos componentes del comercio: exportaciones de bienes y servicios de salud por tipos de funciones para los no residentes que prestan los diferentes proveedores residentes; y las

importaciones de bienes y servicios de salud por tipo de función para los residentes prestados por los proveedores no residentes, así como la forma en que se pagan estas funciones. En la tabla HCxHP también aparecen los datos básicos sobre las importaciones – las entradas en la columna proveedores resto del mundo (HP.9) son los valores de las importaciones, pero los valores de las exportaciones están excluidos de las columnas de proveedores de salud del país (HP.1 a HP.8). El comercio exterior en salud ha crecido en muchos países por distintas razones, entre otras por los avances tecnológicos, la facilidad de desplazamiento de los pacientes y de los profesionales médicos, la portabilidad del seguro y los diferenciales en precios del servicio de salud en distintos países. Cada vez hay más interés por medir y notificar todo ese comercio, por sus implicaciones sobre determinados reglamentos y las inversiones en salud en un país. Sin embargo, muchos países todavía lo consideran un fenómeno marginal dentro del conjunto de las cuentas de salud.

Gastos en salud por enfermedad

Estas tablas muestran el gasto en salud por grupo de CGE (o CIE-10) cruzado con la clasificación de función de la salud, proveedor y esquema de financiamiento. Esta es una de las tablas más difíciles de elaborar, ya que son necesarios datos fiables sobre la enfermedad o diagnóstico que notifiquen los proveedores o los pacientes para poder relacionarlos con los datos sobre el gasto. Cruzándola con la clasificación de funciones, la tabla puede informar de los tipos de servicios de salud utilizados para tratar los diferentes grupos de enfermedades, y cómo se han asignado cada uno de los servicios (en términos financieros) a cada uno de los grupos de enfermedades. Relacionándola con la tabla de proveedores, se puede ver quién realiza las actividades de salud para cada tipo de enfermedad, así como los fondos que han consumido cada enfermedad. Cruzándola con la tabla de esquemas de financiamiento, se puede ver quién paga las actividades de salud para resolver las enfermedades y cuánto se ha gastado en cada grupo de enfermedad. Todas estas cuestiones son importantes para poder conocer cómo se han asignado los recursos financieros, además de tener información para poder formular políticas y diseñar y aplicar los programas de salud.²

Gasto en salud por edad y sexo

La tabla muestra los gastos en salud por edad y sexo del beneficiario, cruzando la información con la tabla de función, proveedor y esquema de financiamiento. Las necesidades de atención varían con la edad, ya que los ancianos, los más jóvenes y las mujeres embarazadas requieren más atenciones de salud. La tabla ofrece información para evaluar el cumplimiento de ciertos programas que se dirigen específicamente a ciertos grupos de edad y sexo. Por ejemplo, si el esquema público ha tenido éxito en aumentar el apoyo para la salud de los niños, ancianos y programas de salud reproductiva para las mujeres. También puede responder preguntas relacionadas con la clasificación de funciones y proveedores, por ejemplo, identificar qué servicios y proveedores de servicios de salud llegan a grupos de edad específicos.

² Con esta tabla se pueden supervisar los gastos para los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Gasto en salud por quintil de ingreso

La tabla muestra el gasto total por ingresos de los beneficiarios cruzando la información con las funciones, proveedores y esquemas de financiamiento. La parte correspondiente a las funciones y proveedores puede servir para evaluar el acceso (en términos de financiamiento) a determinados servicios y proveedores de servicios de salud según la capacidad adquisitiva de los beneficiarios. La parte de la tabla que se cruza con la clasificación de esquemas de financiamiento muestra cómo varía la composición del financiamiento de la salud en relación con los ingresos del hogar, qué proporción del gasto es soportada por los diferentes grupos de ingreso y en qué medida ciertos esquemas (como los esquemas públicos, por ejemplo) protegen a determinados grupos vulnerables.

Tablas multidimensionales

En una sola tabla se pueden utilizar las tres dimensiones. Por ejemplo, los ingresos de los esquemas se pueden cruzar con los esquemas de financiamiento y después con los proveedores o funciones. La información de la tabla nos sirve para conocer el origen de los fondos que entran en el sistema de salud y se destinan a distintos fines. Por ejemplo, en países con mucho financiamiento externo, o con alto nivel de transferencias públicas, una tabla de tres dimensiones puede servir para identificar si los ingresos públicos o la ayuda extranjera están cubriendo las necesidades básicas (por ejemplo, prevención frente a curación, hospitales frente a servicios ambulatorios).

Indicadores seleccionados de las cuentas de salud

Además de las tablas, el informe de las cuentas de salud resume también los resultados de otros indicadores. Un indicador se define como una variable que se puede medir y que se utiliza para representar un fenómeno asociado. Los indicadores de las cuentas de salud son mediciones en formato reducido que representan distintos aspectos o atributos del sistema de financiamiento de la salud. Si las cuentas de salud se consideran una herramienta de medida, los indicadores son las medidas o lecturas que se realizan con esta herramienta.

En la tabla 15.1 se incluye una modesta selección de indicadores, como ejemplo de lo que se podría incluir en el informe de las cuentas de salud de los países. Los indicadores en la lista se computan utilizando solo los resultados de las cuentas de salud, o combinados con datos macroeconómicos y no relativos al gasto. Los indicadores del primer tipo incluyen niveles de gasto absolutos, porcentajes del total y porcentajes de un componente de las cuentas de salud con otros. Los indicadores del segundo tipo informan sobre la parte del PIB, valores per capita y valores convertidos utilizando tipos de cambio o PPA.

En general, se pueden crear indicadores para el análisis de políticas cruzando las tablas más importantes. Por ejemplo, se puede crear uno para conocer la parte de prevención en los servicios hospitalarios, la distribución entre el gasto en internamiento y ambulatorio financiado por el gobierno o el gasto de capital que se destina a hospitales públicos.

Los datos de estos cruces se pueden especificar para diferentes regiones del mundo. Por ejemplo, en la Unión Europea, para cada uno de los Estados Miembros³. Algunas comunidades regionales, como la Comunidad de Estados Independientes (CIS), la Comunidad Caribeña (CARICOM) y MERCOSUR⁴ tienen sus necesidades específicas, que pueden convertir en una prioridad la notificación de determinadas tablas. Por ello, algunos indicadores son factibles para una región pero no para otra.

Sin embargo, en todos los países con cuentas de salud, está disponible generalmente el gasto en salud clasificado en función de una sola clave, sobre todo los gastos clasificados por función, proveedor y esquema de financiamiento. Estos datos dan información para resolver asuntos políticos específicos. Ejemplos son el total de los gastos directos en salud, la cantidad pagada a los hospitales o la gastada en prevención. Los agregados tales como el gasto total en productos farmacéuticos (sumando los utilizados por los pacientes internados y los ambulatorios) también han sido de interés para los responsables políticos. Otro ejemplo es lo que se gasta en atención de larga duración, donde se suma la parte de salud y la parte social. La medicina tradicional también es un asunto de interés en algunas partes del mundo.

Los indicadores que un país decide adoptar no están limitados al listado propuesto. Se han creado muchos más, dependiendo de las necesidades nacionales o incluso locales. Por ejemplo, hay países que han expresado su interés por incluir los siguientes: las aportaciones de los hogares a los esquemas de financiamiento a través de distintos mecanismos de contribución; gasto de los esquemas gubernamentales y de los esquemas de financiamiento compulsivos como porcentaje del gasto del gobierno general; gasto en enfermedades transmisibles; gasto para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); gasto en salud en zonas geográficas específicas. Para calcular estos indicadores adicionales puede que sea necesario utilizar las partidas de notificación incluidas en las clasificaciones (por ejemplo, la partida de notificación por funciones de gastos sobre enfermedades transmisibles y programas de prevención de la salud). Otros indicadores pueden requerir la creación de nuevos agregados que hay que notificar como partidas debajo de la línea. Por ejemplo, para calcular el gasto para conseguir los ODM, es necesario construir un sub-total relacionado con el gasto en enfermedades específicas (mencionadas en los ODM), el cual se obtendría de las tablas que muestran la distribución por enfermedades, CIE-10 o la Carga Global de la Enfermedad. Del mismo modo, las aportaciones de los hogares a los esquemas de financiamiento incluyen las cotizaciones a la seguridad social de los asalariados y los empleados autónomos, los pre-pagos voluntarios de hogares y personas físicas y otras aportaciones de los hogares.

³ Véase por ejemplo Supervisión de los Indicadores de Salud de la Comunidad Europea (SISCE), o indicadores de Salud y Atención de Larga Duración en la Estructura de Coordinación del Método Abierto de la UE

⁴ MERCOSUR: Mercado Común del Sur (Acuerdo de comercio de los países del cono sur)

Tabla 15.1 Ejemplos de indicadores utilizados en el análisis del gasto en salud

Eje	Indicador	Min MN	USD o EUR	PPA	% PIB	MN Per capita	USD o EUR per capita	PPA Per capita	Porcentaje de GCS
General	Gasto corriente total en salud	X	X	X	X	X	X	X	
	Gasto corriente total en salud más gasto de capital ⁵	X	X	X	X	X	X	X	
Funciones de salud	Gasto en atención preventiva								X
	Gasto en atención curativa								X
	Gasto en internamiento								X
	Gasto ambulatorio								X
	Gasto en salud en atención de larga duración	X	X	X					X
	Gasto total en ALD	X	X	X	X	X	X	X	
	Gasto farmacéutico total	X	X	X	X	X	X	X	X
	Esquemas gubernamentales de salud								X
Esquemas de financiamiento	Esquemas de seguro de salud contributivos y obligatorios								X
	Esquemas de seguro de salud voluntario								X
	Gasto directo en salud								X
Proveedores	Gasto de hospitales								X
	Gasto de proveedores ambulatorios								X
Ingresos de los esquemas	Financiamiento externo de la salud								X
	Fondos domésticos obligatorios públicos y privados								X
	Gasto en salud con financiamiento privado								X
Factores	Gasto en recursos humanos								X
Beneficiarios	Gasto en enfermedades no transmisibles	X	X	X	X	X	X	X	X
	Gasto en lesiones	X	X	X	X	X	X	X	X
	Gasto en salud de personas de 65 años o más de 65 años	X	X			X	X		X
Formación de capital	Gasto público total en formación de capital	X	X						X
	Gasto privado total en formación de capital	X							X
	Gasto en formación de capital de los hospitales	X							X

Fuente: IHAT para SHA 2011

La tabla 15.1 muestra ejemplos de algunos de los valores más solicitados, pero también se pueden calcular otros no incluidos y que se consideren de utilidad. Para más ejemplos, véase el cuadro 15.1 más abajo.

Series temporales de las CS

Las clasificaciones y los límites especificados en el manual SHA deben resultar en datos que permiten las comparaciones entre países y a lo largo del tiempo. Por ejemplo, una definición de la salud basada en un límite funcional puede evitar que los agregados nacionales cambien de repente debido a un cambio en las responsabilidades de los ministerios y la reorganización consecuente de

⁵ Aunque el gasto total en salud se ha dejado de proponer en el SHA 2011, el indicador del gasto corriente en salud más el gasto de capital se incluye por razones de continuidad con respecto al SHA 1.0.

Cuadro 15.1 **Ejemplo de un indicador de niveles de atención**

Las necesidades de información a escala nacional varían tanto entre países como a lo largo del tiempo. Las cuentas de salud son una herramienta flexible para poder realizar los análisis, que se puede ampliar con un mínimo de información adicional. El análisis puede utilizar diferentes ejes para investigar los gastos que se están estudiando. Un ejemplo es el modelo de salud que tenga en cuenta la complejidad del sistema de la salud y la estructura de las necesidades de salud en la población.

Por ejemplo, los niveles de atención se pueden separar en servicios especializados y generales, que se introducen en la clasificación funcional y en la de proveedores del SHA 2011. En la tabla siguiente, se presenta un ejemplo en el que se incluyen las funciones de la atención general y especializada en el nivel de 3 dígitos. La clasificación de proveedores se puede dividir en proveedores de atención general y especializada. Los componentes de las funciones y los proveedores que no tienen una importancia especial, se han suprimido de la tabla. La tabla propone un conjunto de proveedores de atención general para mostrar los servicios de atención general que consumen, así como los servicios especializados que consumen los proveedores de atención especializada.

Finalmente, se incluyen en el ejemplo los agentes de financiamiento que pagan por los servicios consumidos para identificar el trayecto de financiamiento de esos perfiles.

**Gasto en salud por esquema de financiamiento y una selección de
proveedores de atención y de funciones**

Funciones		HC.1			HC.2	HC.6	Total
Millones en moneda nacional		Atención curativa	Atención curativa general	Atención curativa especializada	Atención de rehabilitación = especializada	Atención preventiva	Total
Esquemas de financiamiento - Proveedores		HC.1.1.1, HC.1.2.1, HC.1.3.1, HC.1.3.2	HC.1.1.2, HC.1.2.2, HC.1.3.3				
HF.1	Esquemas gubernamentales y esquemas de financiamiento contributivos y obligatorios						
	HP.1 Hospitales						
	HP.1.1 Hospitales generales						
	HP.1.2 + HP.1.3 Hospitales de salud mental y otros hospitales especializados						
	HP.3 Proveedores de atención de la salud ambulatoria						
	HP.3.1.1 + HP.3.2 Consultas de médicos generalistas + odontólogos						
	todos los demás HP.3 Todos los demás proveedores atención ambulatoria = especializados						
	HP.6 Proveedores de atención preventiva						
HF.2	Esquemas de pago voluntario de atención de salud						
	HP.1 Hospitales						
	HP.1.1 Hospitales generales						
	HP.1.2 + HP.1.3 Hospitales de salud mental y otros hospitales especializados						
	HP.3 Proveedores de atención de la salud ambulatoria						
	HP.3.1.1 + HP.3.2 Consultas de médicos generalistas + odontólogos						

Cuadro 15.1 Ejemplo de un indicador de niveles de atención (contd.)

Gasto en salud por esquema de financiamiento y una selección de proveedores de atención y de funciones (contd.)

Funciones		HC.1			HC.2	HC.6	Total	
Millones en moneda nacional		Atención curativa	HC.1.1.1, HC.1.2.1, HC.1.3.1, HC.1.3.2	Atención curativa general	Atención curativa especializada	Atención de rehabilitación = especializada	Atención preventiva	Total
Esquemas de financiamiento - Proveedores								
	todos los demás HP.3	Todos los demás proveedores atención ambulatoria = especializados						
HP.6	Proveedores de atención preventiva							
HF.3	Pagos directos de los hogares							
HP.1	Hospitales							
	HP.1.1	Hospitales generales						
	HP.1.2 + HP.1.3	Hospitales de salud mental y otros hospitales especializados						
HP.3	Proveedores de atención de salud ambulatoria							
	HP.3.1.1 + HP.3.2	Consultas de médicos generalistas + odontólogos						
	todos los demás HP.3	Todos los demás proveedores atención ambulatoria = especializados						
HP.6	Proveedores de atención preventiva							
HF.4	Esquemas de financiamiento del resto del mundo (no residentes)							
HP.1	Hospitales							
	HP.1.1	Hospitales generales						
	HP.1.2 + HP.1.3	Hospitales de salud mental y otros hospitales especializados						
HP.3	Proveedores de atención de salud ambulatoria							
	HP.3.1.1 + HP.3.2	Consultas de médicos generalistas + odontólogos						
	todos los demás HP.3	Todos los demás proveedores atención ambulatoria = especializados						
HP.6	Proveedores de atención preventiva							
Total	Total							

Fuente: IHAT para SHA 2011

los programas. De esta forma se pueden controlar y detectar los cambios en el financiamiento funcional dentro del sistema, así como facilitar la posibilidad de hacer proyecciones y simulaciones.

Muchos países han desarrollado series temporales de las cuentas de salud. Por tanto, cualquier informe de las cuentas de salud debe incluir el gasto total y determinados agregados a lo largo del tiempo, siempre que sea posible. Para completar las tablas, también se pueden incluir datos de referencia que sean de utilidad para calcular los indicadores seleccionados. Los datos adicionales pueden ser el tamaño de la población, el PIB y el índice de precios (preferiblemente un índice médico o de salud) a lo largo del tiempo.

Cuando se observa una serie temporal del gasto en salud, se puede comprobar si ha ido aumentando a lo largo del tiempo. Para poder analizar de forma adecuada las series temporales, hay que comprobar si los cambios se han producido debido a los precios, el contenido del servicio o el número de servicios prestados. El efecto del precio se puede eliminar “deflactando” el gasto en salud, convirtiendo a valores en términos reales o en precios constantes, o “volúmenes” (véase capítulo 13). Entonces, para observar mejor las tendencias en el gasto en salud a lo largo del tiempo, también se puede calcular el gasto en salud per capita, el gasto en salud en función del PIB y la tasa de crecimiento real promedio anual. Los valores del gasto en salud se pueden notificar en la moneda nacional o en valores PPA.

Si ya existen informes de cuentas de salud, el informe debe resaltar los patrones observados una vez actualizados los resultados.

Uso de las cuentas de salud con información adicional del sistema de salud

Para resolver cuestiones políticas concretas, además del PIB, también se pueden notificar datos de precios y población, además de otro tipo de información del sistema de salud. Por ejemplo, el gasto total en proveedores específicos para calcular el gasto medio por servicio prestado. Más concretamente, si las cuentas de salud de un país pueden separar el gasto en hospitales públicos y no públicos para tratar pacientes agudos, o si se conoce la cifra de pacientes ingresados en cada uno de estos hospitales, se podrá calcular el gasto medio por paciente ingresado en cada tipo de hospital. Algunas comparaciones pueden ser útiles para ver la eficiencia, aunque es necesario un análisis más exhaustivo para poder explicar las diferencias.

Dichos análisis o estudios pueden ser muy extensos, por lo que se sugiere que los resultados de los mismos se notifiquen en estudios de investigación o documentos por separado. Estos documentos, con un objetivo más bien político, pueden ser mucho más eficaces para comunicar e informar de la situación existente y las posibles acciones necesarias. El informe de las cuentas de salud puede presentar datos destacados extraídos de dichos estudios o documentos.

Información sobre el país

El informe de las cuentas de salud necesita información para que los resultados se puedan interpretar en el contexto adecuado. Se puede incluir un resumen del sistema de salud, en el que se expongan los principales flujos de financiamiento, los participantes, algún contexto (por ejemplo, el papel de las ONG, del sector privado, del sector externo), así como los asuntos políticos importantes (por ejemplo, reformas recientes, reformas que se estén debatiendo, reformas necesarias).

Como ya se ha indicado anteriormente, puede ser de utilidad disponer de un índice de precios en el informe de las cuentas de salud. Otros datos que pueden ser de utilidad para interpretar los resultados de las cuentas de salud son las estadísticas sobre los proveedores, la utilización de la salud y la prestación de servicios, como por ejemplo los días de estancia en el hospital, el número de consultas médicas, intervenciones quirúrgicas, campañas de inmunización y otros servicios, volumen de medicamentos y otros productos sanitarios, así como los datos sobre los resultados conseguidos.

Si ya existe un informe de las cuentas de salud, debería resaltar las tendencias en salud, establecimientos, esquemas de financiamiento y políticas de salud.

Metadatos y fuentes de datos

La recopilación de datos básicos y la creación de las tablas de las cuentas de salud es un trabajo que requiere mucho esfuerzo. Sin embargo, es un esfuerzo que merece la pena si los metadatos están adecuadamente documentados. Unos metadatos exhaustivos y de calidad permiten una interpretación y utilización adecuada de los resultados de las cuentas de salud. Por ejemplo, las tendencias de los gastos en salud se pueden analizar mejor cuando se ve que se han producido cambios en el sistema contable. Como mínimo, se deben conocer las fuentes de datos, cómo se validan (sobre todo en el caso de que provengan de varias fuentes), la razón por la que se han utilizado para hacer los cálculos y los procedimientos aplicados para que se puedan utilizar.

Comprobaciones de calidad

Antes de publicar cualquier informe, se debe comprobar la calidad de los datos de las cuentas de salud. Será necesario comprobar (1) la coherencia de los totales en las tablas, (2) la coherencia del valor de partidas similares de gasto en las tablas, y (3) la exactitud de los porcentajes, los valores per capita y las tasas de crecimiento. Las comprobaciones de calidad de los cálculos en las cuentas de salud se describen con algunos ejemplos.

En el modelo tri-axial, el mismo gasto total en consumo de servicios de salud debe aparecer en el eje de provisión y en el de financiamiento. Es necesario comprobar que el total notificado coincide con la suma de sus componentes. Las partidas idénticas en clasificaciones idénticas que aparezcan en tablas diferentes deben tener el mismo valor. También será necesario comprobar la veracidad de los diferentes indicadores en relación con los totales, en relación con la población (datos per cápita), en relación con el PIB y en relación con los valores históricos (cambio en porcentajes año por año, tasas de crecimiento). Aunque los porcentajes y las tasas de crecimiento consideradas razonables varían según el país, siempre tienen que estar en intervalos predeterminados aceptables. Por ejemplo, si el seguro privado se sustituye por un esquema de seguro público obligatorio, el cambio relativo de un año a otro en estas dos partidas será importante, pero siempre en cumplimiento de un cambio real.

Bases de datos nacionales, regionales e internacionales

Las bases de datos nacionales, regionales e internacionales con datos de las cuentas de salud tienen diferentes finalidades, alcances, tipos y niveles de información. Todas las bases de datos contienen series temporales, pero diferente tipo de información sobre las cuentas de salud. Las bases de datos nacionales permiten hacer análisis del país en su conjunto, mientras que las regionales e internacionales permiten hacer comparaciones entre países.

Las bases de datos nacionales tienen la información más detallada y los agregados del gasto en salud más específicos, o componentes que pueden ser partidas debajo de la línea, pero que son de especial interés para los responsables

políticos. Será responsabilidad de los encargados de las cuentas de cada país incluir en cada base de datos la información que sirva para interpretar adecuadamente las estimaciones en las cuentas de salud. Esta información básica incluye definiciones, fuentes de datos, procedimientos de cómputo y otro tipo de información sobre los datos en bruto utilizados para calcular las cuentas de salud.

Las bases internacionales y regionales se crean con la información recopilada periódicamente de los países que utilicen un cuestionario o tabla estandarizada. El tipo de información y el nivel de detalle de la misma están bien definidos en el instrumento utilizado para recoger la información. Las fuentes de datos y otro tipo de información pertinente para llegar a las estimaciones notificadas por los países se tienen que incluir en las notas aclaratorias. Se ha intentado armonizar la recopilación de datos de las cuentas de salud (para las bases de datos) de diferentes organismos internacionales utilizando para ello un cuestionario estandarizado.

Los datos de las cuentas de salud de cada país recogidos y notificados en las bases de datos regionales e internacionales se supone que se pueden comparar, ya que en principio cada país utiliza la misma metodología para generar los resultados y los datos para las bases de datos regionales e internacionales se recogen utilizando el mismo instrumento. Sin embargo se han observado diferencias entre las bases de datos regionales e internacionales, así como entre las nacionales e internacionales, sobre todo en lo que se refiere a los indicadores. Una de las razones por las que se pueden producir estas diferencias es porque se utilizaron fuentes diferentes para la información de referencia. En la base de datos del país, se utilizaron datos oficiales nacionales sobre el PIB y población, por ejemplo, mientras que en las bases de datos internacionales se utilizaron datos del PIB y población publicados por las Naciones Unidas y el Fondo Monetario Internacional. Dichas diferencias se pueden poner en el contexto adecuado siempre que estén documentadas las fuentes de datos y también la información más importante en las bases de datos.

A efectos comparativos, sería de utilidad que la notificación de los datos nacionales e internacionales estuviera armonizada para cada país. Las estrategias de notificación y esfuerzos de colaboración de los distintos organismos servirán para alcanzar este objetivo. En principio se debería:

- Estandarizar las categorías, así como su contenido, para que los valores en una partida se refiera a un solo límite y tipo de gasto;
- Especificar claramente la cobertura en tiempo y zona geográfica;
- Especificar claramente los valores de referencia utilizados y sus fuentes, tiempo y cobertura. Por ejemplo, producto interior bruto (PIB), gasto del gobierno general (GGP), población y tipos de cambio, etc.
- Selección de tablas que se mencionan en este capítulo

En la sección siguiente, se incluyen ejemplos de tablas (al nivel de 2 dígitos) de las mencionadas anteriormente. Este conjunto de tablas no tienen carácter obligatorio, así como tampoco el nivel de detalle y número de categorías mencionadas.

Tabla 15.2 Gasto en salud por funciones de atención y esquemas de financiamiento

Funciones	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud	Regímenes públicos y obligatorios	Regímenes públicos	Regímenes de seguros médicos contributivos y obligatorios	Cuentas de Ahorros Médicos Obligatorias (CAMO)	Regímenes voluntarios de pago por atenciones de salud	Regímenes de seguros médicos voluntarios	Regímenes de financiación ISFLSH	Regímenes de financiación empresas	Pagos directos excluidos costos compartidos	Costos compartidos con terceros	Regímenes de financiación resto del mundo (no residentes)	Regímenes obligatorios (no residentes)	Regímenes voluntarios (no residentes)	Todos	Partidas bajo la línea	Rúbricas pro memoria	Rúbricas pro memoria
	Regímenes públicos y obligatorios contributivos y obligatorios	HF.1	HF.1.1 HF.1.2 HF.1.3	HF.2	HF.2.1 HF.2.2 HF.2.3	HF.3	HF.3.1 HF.3.2	HF.4	HF.4.1 HF.4.2	Todos	Administración pública	Sociedades	Hogares	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)	Resto del mundo	Regímenes públicos y regímenes seguros médicos contributivos obligatorios con costos compartidos (HF.1 + HF.3.2.1)	Regímenes de seguros médicos voluntarios con costos compartidos (HF.2.1+HF.3.2.2)	HF.1.1 HF.1.2 HF.1.3 HF.1.4 HF.1.5 HF.1.6 HF.1.7 HF.1.8 HF.1.9 HF.1.10 HF.1.11 HF.1.12 HF.1.13 HF.1.14 HF.1.15 HF.1.16 HF.1.17 HF.1.18 HF.1.19 HF.1.20 HF.1.21 HF.1.22 HF.1.23 HF.1.24 HF.1.25 HF.1.26 HF.1.27 HF.1.28 HF.1.29 HF.1.30 HF.1.31 HF.1.32 HF.1.33 HF.1.34 HF.1.35 HF.1.36 HF.1.37 HF.1.38 HF.1.39 HF.1.40 HF.1.41 HF.1.42 HF.1.43 HF.1.44 HF.1.45 HF.1.46 HF.1.47 HF.1.48 HF.1.49 HF.1.50 HF.1.51 HF.1.52 HF.1.53 HF.1.54 HF.1.55 HF.1.56 HF.1.57 HF.1.58 HF.1.59 HF.1.60 HF.1.61 HF.1.62 HF.1.63 HF.1.64 HF.1.65 HF.1.66 HF.1.67 HF.1.68 HF.1.69 HF.1.70 HF.1.71 HF.1.72 HF.1.73 HF.1.74 HF.1.75 HF.1.76 HF.1.77 HF.1.78 HF.1.79 HF.1.80 HF.1.81 HF.1.82 HF.1.83 HF.1.84 HF.1.85 HF.1.86 HF.1.87 HF.1.88 HF.1.89 HF.1.90 HF.1.91 HF.1.92 HF.1.93 HF.1.94 HF.1.95 HF.1.96 HF.1.97 HF.1.98 HF.1.99 HF.1.100
Regímenes de financiación	Millones en moneda nacional																	
HC.1	Atención curativa																	
HC.1.1	Atención curativa con internamiento																	
HC.1.2	Atención curativa en atención de día																	
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria																	
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria																	
HC.2	Atención de rehabilitación																	
HC.2.1	Atención de rehabilitación con internamiento																	
HC.2.2	Atención de rehabilitación en atención de día																	
HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria																	
HC.2.4	Atención de rehabilitación domiciliaria																	
HC.1+HC.2	Atención curativa y de rehabilitación																	
HC.1.1+HC.2.1	Atención curativa y de rehabilitación hospitalaria																	
HC.1.2+HC.2.2	Atención curativa y de rehabilitación atención de día																	
HC.1.3+HC.2.3	Atención curativa y de rehabilitación ambulatoria																	
HC.1.4+HC.2.4	Atención curativa y de rehabilitación domiciliaria																	

Tabla 15.2 Gasto en salud por funciones de atención y esquemas de financiamiento (cont.)

Funciones	Regímenes de financiación	Partidas bajo la línea																						
		HF.1	HF.1.1	HF.1.2	HF.1.3	HF.2	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.3.1	HF.3.2	HF.4	HF.4.1	HF.4.2	Todos	Administración pública	Sociedades	Hogares	Resto del mundo	Rúbricas pro memoria	Rúbricas pro memoria		
	Miliones en moneda nacional	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contributivos y obligatorios	Regímenes públicos	Regímenes de seguros médicos contributivos y obligatorios	Cuentas de Ahorros Médicos Obligatorias (CAMO)	Regímenes voluntarios de pago por atenciones de salud	Regímenes de seguros médicos voluntarios	Regímenes de financiación ISFLSH	Regímenes de financiación empresas	Pagos directos excluidos costes compartidos	Costes compartidos con terceros	Regímenes de financiación resto del mundo (no residentes)	Regímenes obligatorios (no residentes)	Regímenes voluntarios (no residentes)	Todos los regímenes de financiación	Administración pública	Sociedades	Hogares	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)	Resto del mundo	Regímenes públicos y regímenes seguros médicos contributivos obligatorios con costes compartidos (HF.1 + HF.3.2.1)	Rúbricas pro memoria	Rúbricas pro memoria	
HC.3	Atención larga duración (salud)																							
HC.3.1	Atención larga duración con int. (salud)																							
HC.3.2	Atención larga duración hospitalización día (salud)																							
HC.3.3	Atención larga duración ambulatoria (salud)																							
HC.3.4	Atención larga duración domiciliaria (salud)																							
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)																							
HC.4.1	Servicios de laboratorio																							
HC.4.2	Servicios de imagenología																							
HC.4.3	Transporte de pacientes																							
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función)																							
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos																							
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros productos médicos no percederos																							
HC.6	Atención preventiva																							

Tabla 15.2 Gasto en salud por funciones de atención y esquemas de financiamiento (cont.)

Funciones	Regímenes de financiación																					
	HF.1	HF.2			HF.3		HF.4		Todos		Partidas bajo la línea	Rúbricas pro memoria										
	Regímenes públicos y obligatorios contribuyentes y regímenes de financiación de la salud	Regímenes públicos	Regímenes de seguros médicos contribuyentes y obligatorios	Cuentas de Ahorros Médicos Obligatorias (CAMO)	Regímenes voluntarios de pago por atenciones de salud	Regímenes de seguros médicos voluntarios	Regímenes de financiación ISFLSH	Regímenes de financiación empresas	Pagos directos excluidos costes compartidos	Costes compartidos con terceros	Regímenes de financiación resto del mundo (no residentes)	Regímenes obligatorios (no residentes)	Regímenes voluntarios (no residentes)	Todos los regímenes de financiación	Administración pública	Sociedades	Hogares	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)	Resto del mundo	Regímenes públicos y regímenes seguros médicos contribuyentes obligatorios con costes compartidos (HF.1 + HF.3.2.1)	Regímenes de seguros médicos voluntarios con costes compartidos (HF.2.1+HF.3.2.2)	
Millones en moneda nacional																						
Rúbricas pro memoria																						
Rúbricas pro memoria																						
HC.RI.1	Gasto farmacéutico total (GFT)																					
HC.RI.2	Medicinas Tradicional, Complementaria y Alternativa																					
HC.RI.3	Servicios de prevención y salud pública (de acuerdo con SHA 1.0)																					
Rúbricas relacionadas con la atención de la salud:																						
HCR.1	Atención de larga duración (social)																					
HCR.2	Promoción de la salud con un enfoque multisectorial																					

Fuente: IHAT para SHA 2011

II.15. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS, TABLAS E INDICADORES BÁSICOS

Tabla 15.3 Gasto en salud por funciones de atención y proveedores atención

Funciones	Proveedores	HP.1 Hospitales										HP.2 Establecimientos residenciales de atención de larga duración										HP.3 Proveedores de atención de salud ambulatoria										HP.4 Proveedores de servicios auxiliares										HP.5 Minoristas y otros proveedores de productos médicos										HP.6 Proveedores de atención preventiva										HP.7 Proveedores administración y financiación sistema de atención salud										HP.8 Resto de la economía										HP.9 Resto del mundo										Todos los proveedores HP									
		HP.1.1	HP.1.1	HP.1.2	HP.1.3	HP.2.1	HP.2.2	HP.2.9	HP.3.1	HP.3.2	HP.3.3	HP.3.4	HP.3.5	HP.4.1	HP.4.2	HP.4.9	HP.5.1	HP.5.2	HP.5.9	HP.6.1	HP.6.2	HP.6.3	HP.6.4	HP.6.5	HP.6.6	HP.6.7	HP.6.8	HP.6.9	HP.7.1	HP.7.2	HP.7.3	HP.7.9	HP.8.1	HP.8.2	HP.8.9	HP.9.1	HP.9.2	HP.9.3	HP.9.4	HP.9.5	HP.9.6	HP.9.7	HP.9.8	HP.9.9																																																									
HC.1	Atención curativa	Hospitales generales		Hospitales de salud mental		Hospitales especializados (que no sean los hospitales de salud mental)		Establecimientos residenciales de atención de larga duración		Establecimientos de salud mental y adicciones		Otros establecimientos residenciales de atención de larga duración		Prácticas médicas		Prácticas odontológicas		Otros profesionales de atención de la salud		Centros de atención de la salud ambulatoria		Proveedores de servicios de atención de la salud domiciliaria		Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia		Laboratorios médicos y de diagnóstico		Otros proveedores de servicios auxiliares		Farmacias		Minoristas y proveedores de productos médicos no perecederos y aparatos médicos		Otros vendedores y otros proveedores de productos médicos y farmacéuticos		Agencias públicas de administración salud		Agencias del seguro social de enfermedad		Agencias administración seguro médico privado		Otras agencias de administración		Hogares como proveedores de atención de la salud domiciliaria		Todas las demás ramas como proveedores de atención de la salud		Otras ramas de actividad n.e.p.		Resto del mundo		Todos los proveedores HP																																																	
		HC.1.1	Atención curativa con internamiento	HC.1.2	Atención curativa atención de día	HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	HC.1.4	Atención curativa domiciliaria	HC.2.1	Atención de rehabilitación con internamiento	HC.2.2	Atención de rehabilitación atención de día	HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria																																																																																						

Tabla 15.3 Gasto en salud por funciones de atención y proveedores atención (cont.)

Proveedores	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	Todos HP				
Millones en moneda nacional	Hospitales generales	Hospitales de salud mental	Hospitales especializados (que no sean los hospitales de salud mental)	Hospitales generales	Hospitales de salud mental	Hospitales especializados (que no sean los hospitales de salud mental)	Hospitales de salud mental	Hospitales de salud mental	Hospitales de salud mental	Hospitales de salud mental				
	HP.1.1	HP.1.2	HP.1.3	HP.2.1	HP.2.2	HP.2.9	HP.3.1	HP.3.2	HP.3.3	HP.3.4	HP.3.5			
	Proveedores de atención de salud ambulatoria													
	Prácticas médicas	Prácticas odontológicas	Otros profesionales de atención de la salud	Centros de atención de la salud ambulatoria	Proveedores de servicios de atención de la salud domiciliaria	Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Otros proveedores de servicios auxiliares	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	Farmacias	Minoristas y proveedores de productos médicos no perecederos y aparatos médicos	Otros vendedores y otros proveedores de productos médicos y farmacéuticos		
	HP.4.1	HP.4.2	HP.4.9	HP.5.1	HP.5.2	HP.5.9	HP.6.1	HP.6.2	HP.6.3	HP.6.9	HP.7.1	HP.7.2	HP.7.3	HP.7.9
	Proveedores de atención preventiva													
	Proveedores administración y financiación sistema de atención salud													
	Resto de la economía													
	Hogares como proveedores de atención de la salud domiciliaria													
	Todas las demás ramas como proveedores de atención de la salud													
	Otras ramas de actividad n.e.p.													
Resto del mundo														
Todos los proveedores														

Tabla 15.3 Gasto en salud por funciones de atención y proveedores atención (cont.)

Funciones	Proveedores	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	Todos los proveedores HP
	Millones en moneda nacional	HP.1.1 HP.1.2 HP.1.3	HP.2.1 HP.2.2 HP.2.9	HP.3.1 HP.3.2 HP.3.3 HP.3.4 HP.3.5	HP.4.1 HP.4.2 HP.4.9	HP.5.1 HP.5.2 HP.5.9	HP.6 HP.7	HP.7.1 HP.7.2 HP.7.3 HP.7.9	HP.8.1 HP.8.2 HP.8.9	HP.9	Todos los proveedores
		Hospitales generales Hospitales de salud mental Hospitales especializados (que no sean los hospitales de salud mental)	Establecimientos de atención medicalizada de larga duración Establecimientos de salud mental y adicciones Otros establecimientos residenciales de atención de larga duración	Prácticas médicas Prácticas odontológicas Otros profesionales de atención de la salud Centros de atención de la salud ambulatoria Proveedores de servicios de atención de la salud domiciliaria	Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia Laboratorios médicos y de diagnóstico Otros proveedores de servicios auxiliares	Farmacias Minoristas y proveedores de productos médicos no perecederos y aparatos médicos Otros vendedores y otros proveedores de productos médicos y farmacéuticos	Proveedores de atención preventiva	Agencias públicas de administración salud Agencias del seguro social de enfermedad Agencias administración seguro médico privado Otras agencias de administración	Hogares como proveedores de atención de la salud domiciliaria Todas las demás ramas como proveedores de atención de la salud Otras ramas de actividad n.e.p.	Resto del mundo	
HC.4.3	Transporte de pacientes										
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función)										
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos										
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos										
HC.6	Atención preventiva										
HC.6.1	Programas de información, educación y asesoramiento										
HC.6.2	Programas de inmunización										

Tabla 15.3 Gasto en salud por funciones de atención y proveedores atención (cont.)

Funciones	HP-1	HP-2	HP-3	HP-4	HP-5	HP-6	HP-7	HP-8	HP-9	Todos HP																						
Proveedores	Millones en moneda nacional	Hospitales generales	Hospitales de salud mental	Hospitales especializados (que no sean los hospitales de salud mental)	Establecimientos de atención medicalizada de larga duración	Establecimientos de salud mental y adicciones	Otros establecimientos residenciales de atención de larga duración	Prácticas médicas	Prácticas odontológicas	Otros profesionales de atención de la salud	Centros de atención de la salud ambulatoria	Proveedores de servicios de atención de la salud residencial	Proveedores de servicios auxiliares	Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencias	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Otros proveedores de servicios auxiliares	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	Farmacias	Minoristas y proveedores de productos médicos no perecederos y aparatos médicos	Otros vendedores y otros proveedores de productos médicos y farmacéuticos	Proveedores de atención preventiva	Proveedores de administración y de financiamiento del sistema de atención de la salud	Agencias públicas de administración de salud	Agencias del seguro social de enfermedad	Agencias administración seguro médico privado	Otras agencias de administración	Resto de la economía	Hogares como proveedores de atención de la salud domiciliaria	Todas las demás ramas como proveedores de atención de la salud	Otras ramas de actividad n.e.p.	Resto del mundo	Todos los proveedores
		HC.6.3	HC.6.4	HC.6.5	HC.6.6	HC.7	HC.7.1																									
	Programas de detección temprana de la enfermedad	Programa de supervisión del estado de salud	Programas de vigilancia epidemiológica y de control del riesgo y la enfermedad	Programas de respuesta en casos de desastre y situaciones de emergencia	Gobernanza y administración de la financiación y sistema de salud	Gobernanza y administración del sistema de salud																										

II.15. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS, TABLAS E INDICADORES BÁSICOS

Tabla 15.3 Gasto en salud por funciones de atención y proveedores atención (cont.)

Funciones	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	Todos HP																									
Proveedores	Millones en moneda nacional																																		
	Hospitales generales	Hospitales de salud mental	Hospitales especializados (que no sean los hospitales de salud mental)	Establecimientos de atención medicalizada de larga duración	Establecimientos de salud mental y adicciones	Otros establecimientos residenciales de atención de larga duración	Prácticas médicas	Prácticas odontológicas	Otros profesionales de atención de la salud	Centros de atención de la salud ambulatoria	Proveedores de servicios de atención de la salud domiciliaria	Proveedores de servicios auxiliares	Miniristas y otros proveedores de productos médicos	Farmacias	Miniristas y proveedores de productos médicos no percederos y aparatos médicos	Otros vendedores y otros proveedores de productos médicos y farmacéuticos	Proveedores de atención preventiva	Proveedores administración y financiación sistema de atención salud	Agencias públicas de administración salud	Agencias del seguro social de enfermedad	Agencias administración seguro médico privado	Otras agencias de administración	Resto de la economía	Hogares como proveedores de atención de la salud domiciliaria	Todas las demás ramas como proveedores de atención de la salud	Otras ramas de actividad n.e.p.	Resto del mundo	Todos los proveedores							
HC.7.2	Administración de la financiación de la salud																																		
HC.9	Otros servicios de atención de la salud no clasificados en ninguna parte (n.e.p.)																																		
Todos HC	Todas las funciones																																		
Rúbricas pro memoria																																			
Rúbricas pro memoria																																			
HC.RI.1	Gasto farmacéutico total (GFT)																																		
HC.RI.2	Medicinas Tradicionales, Complementarias y Alternativas (MTCA)																																		

Tabla 15.4 Gasto en salud por proveedores de atención y esquemas de financiamiento

Proveedores	Millones en moneda nacional	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contribuyentes y obligatorios	HF.1	Regímenes públicos	Regímenes de seguros médicos contribuyentes y obligatorios	HF.1.1 HF.1.2 HF.1.3	Regímenes voluntarios de pago por atenciones de salud	HF.2	Regímenes de seguros médicos voluntarios	Regímenes de financiación ISFLSH	Regímenes de financiación empresas	HF.3	Pagos directos hogares	HF.3	Pagos directos excluidos costes compartidos	HF.3.1 HF.3.2	Regímenes de financiación resto del mundo (no residentes)	HF.4	Regímenes obligatorios (no residentes)	Regímenes voluntarios (no residentes)	HF.4.1 HF.4.2	Todos HF	Partidas bajo la línea	Rúbricas pro memoria	Administración pública	Sociedades	Hogares	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)	Resto del mundo	Regímenes públicos y regímenes seguros médicos contribuyentes obligatorios con costes compartidos	HF.1 + HF.3.2.1	Rúbricas pro memoria	Regímenes de seguros médicos voluntarios con costes compartidos (HF.2.1+HF.3.2.2)	HF.1.1 HF.1.2 HF.1.3 HF.1.4 HF.1.5	HF.1.2 HF.1.3 HF.1.4 HF.1.5														
HP.1	Hospitales																																																
	HP.1.1 Hospitales generales																																																
	HP.1.2 Hospitales de salud mental																																																
	HP.1.3 Hospitales especializados (que no sean hospitales de salud mental)																																																
HP.2	Establecimientos residenciales de atención de larga duración																																																
	HP.2.1 Establecimientos de atención medicalizada de larga duración																																																
	HP.2.2 Establecimientos de salud mental y adicción																																																
	HP.2.9 Otros establecimientos residenciales de atención de larga duración																																																
HP.3	Proveedores de atención de la salud ambulatoria																																																
	HP.3.1 Prácticas médicas																																																
	HP.3.2 Prácticas odontológicas																																																
	HP.3.3 Otros profesionales de atención de la salud																																																
	HP.3.4 Centros de atención de la salud ambulatoria																																																
	HP.3.5 Proveedores de servicios de atención de la salud domiciliaria																																																
HP.4	Proveedores de servicios auxiliares																																																

II.15. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS, TABLAS E INDICADORES BÁSICOS

Tabla 15.4 Gasto en salud por proveedores de atención y esquemas de financiamiento (cont.)

Proveedores	Millones en moneda nacional	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contributivos y obligatorios	HF.1	Regímenes públicos	Regímenes de seguros médicos contributivos y obligatorios	HF.1.1 HF.1.2 HF.1.3	Regímenes voluntarios de pago por atenciones de salud	HF.2	Regímenes de seguros médicos voluntarios	Regímenes de financiación ISFLSH	Regímenes de financiación empresas	HF.3	Pagos directos hogares	Regímenes de financiación con terceros	HF.3.1 HF.3.2	Regímenes de financiación resto del mundo (no residentes)	HF.4	Regímenes obligatorios (no residentes)	Regímenes voluntarios (no residentes)	HF.4.1 HF.4.2	Todos HF	Partidas bajo la línea	Administración pública	Sociedades	Hogares	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)	Resto del mundo	Regímenes públicos y regímenes seguros médicos contributivos obligatorios con costes compartidos (HF.1 + HF.3.2.1)	Rúbricas pro memoria	Regímenes de seguros médicos voluntarios con costes compartidos (HF.2.1+HF.3.2.2)	HF.1.1 HF.1.2 HF.1.3 HF.1.4 HF.1.5 HF.1.6 HF.1.7 HF.1.8 HF.1.9 HF.1.10 HF.1.11 HF.1.12 HF.1.13 HF.1.14 HF.1.15 HF.1.16 HF.1.17 HF.1.18 HF.1.19 HF.1.20 HF.1.21 HF.1.22 HF.1.23 HF.1.24 HF.1.25 HF.1.26 HF.1.27 HF.1.28 HF.1.29 HF.1.30 HF.1.31 HF.1.32 HF.1.33 HF.1.34 HF.1.35 HF.1.36 HF.1.37 HF.1.38 HF.1.39 HF.1.40 HF.1.41 HF.1.42 HF.1.43 HF.1.44 HF.1.45 HF.1.46 HF.1.47 HF.1.48 HF.1.49 HF.1.50 HF.1.51 HF.1.52 HF.1.53 HF.1.54 HF.1.55 HF.1.56 HF.1.57 HF.1.58 HF.1.59 HF.1.60 HF.1.61 HF.1.62 HF.1.63 HF.1.64 HF.1.65 HF.1.66 HF.1.67 HF.1.68 HF.1.69 HF.1.70 HF.1.71 HF.1.72 HF.1.73 HF.1.74 HF.1.75 HF.1.76 HF.1.77 HF.1.78 HF.1.79 HF.1.80 HF.1.81 HF.1.82 HF.1.83 HF.1.84 HF.1.85 HF.1.86 HF.1.87 HF.1.88 HF.1.89 HF.1.90 HF.1.91 HF.1.92 HF.1.93 HF.1.94 HF.1.95 HF.1.96 HF.1.97 HF.1.98 HF.1.99 HF.1.100		
Regímenes de financiación																																	
HP.4.1	Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia																																
HP.4.2	Laboratorios médicos y de diagnóstico																																
HP.4.9	Otros proveedores de servicios auxiliares																																
HP.5	Minoristas y otros proveedores de productos médicos																																
HP.5.1	Farmacias																																
HP.5.2	Minoristas y otros proveedores de productos médicos no perecedores y aparatos médicos																																
HP.5.9	Otros vendedores y otros proveedores de productos médicos y farmacéuticos																																
HP.6	Proveedores de atención preventiva																																
HP.7	Proveedores administración y financiación sistema de atención salud																																
HP.7.1	Agencias públicas de administración salud																																
HP.7.2	Agencias del seguro social de enfermedad																																
HP.7.3	Agencias administración seguro médico privado																																
HP.7.9	Otras agencias de administración																																

Tabla 15.4 Gasto en salud por proveedores de atención y esquemas de financiamiento (cont.)

Proveedores	Regímenes de financiación	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contributivos y obligatorios	HF.1	Regímenes públicos	Regímenes de seguros médicos contributivos y obligatorios	HF.1.1 HF.1.2 HF.1.3	Regímenes voluntarios de pago por atenciones de salud	HF.2	Regímenes de seguros médicos voluntarios	Regímenes de financiación ISFLSH	Regímenes de financiación empresas	Regímenes de financiación hogares	HF.3	Pagos directos excluidos costos compartidos	Costes compartidos con terceros	Regímenes de financiación resto del mundo (no residentes)	HF.4	Regímenes obligatorios (no residentes)	Regímenes voluntarios (no residentes)	Todos los regímenes de financiación	Todos los regímenes de financiación	Partidas bajo la línea	Administración pública	Sociedades	Hogares	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)	Resto del mundo	Regímenes públicos y regímenes seguros médicos contributivos obligatorios con costos compartidos (HF.1 + HF.3.2.1)	Rúbricas pro memoria	Regímenes de seguros médicos voluntarios con costos compartidos (HF.2.1+HF.3.2.2)	HF.3				
Regímenes de financiación																																			
Millones en moneda nacional																																			
HP.8	Resto de la economía																																		
HP.8.1	Hogares como proveedores de atención de la salud domiciliaria																																		
HP.8.2	Todas las demás ramas como proveedores de atención de la salud																																		
HP.8.9	Otras ramas de actividad n.e.p.																																		
HP.9	Proveedores de servicios relacionados con atención de la salud																																		
HP.10	Resto del mundo																																		
Todos los HP	Todos los proveedores																																		

Fuente: IHAT para SHA 2011

II.15. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS, TABLAS E INDICADORES BÁSICOS

Tabla 15.5 Gasto en atención de salud por esquemas de financiamiento e ingresos de esquemas de financiamiento

Fuentes de financiación (tipos de ingresos)	Millones en moneda nacional	FS.1	FS.1.1	FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.1.2	FS.1.3	FS.1.4	FS.2	FS.3	FS.3.1	FS.3.2	FS.3.3	FS.3.4	FS.4	FS.5	FS.6	FS.7	Todos FS	Partidas de notificación	Partidas relacionadas	Administración central	Sociedades	Hogares	ISFLSH	Resto del mundo	Ingresos totales extranjeros (FS.2 + FS.7)	Préstamos	Préstamos de el gobierno pública	Préstamos de las empresas privadas	Ayudas en especie con valor del donante			
Regímenes de financiación	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contributivos y obligatorios	Regímenes públicos	HF.1.1																															
		Regímenes de seguros médicos contributivos y obligatorios	HF.1.2																															
	Cuentas de Ahorros Médicos Obligatorias (CAMO)	HF.1.3																																
Regímenes voluntarios de pago por atenciones de salud	Regímenes de seguro médico voluntario	HF.2																																
	Regímenes de financiación ISFLSH	HF.2.1																																
	Regímenes de financiación empresas	HF.2.2																																
		HF.2.3																																
Transferencias fondos públicos interiores		FS.1	FS.1.1	FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.1.2	FS.1.3	FS.1.4	FS.2	FS.3	FS.3.1	FS.3.2	FS.3.3	FS.3.4	FS.4	FS.5	FS.6	FS.7	Todos FS	Partidas de notificación	Partidas relacionadas	Administración central	Sociedades	Hogares	ISFLSH	Resto del mundo	Ingresos totales extranjeros (FS.2 + FS.7)	Préstamos	Préstamos de el gobierno pública	Préstamos de las empresas privadas	Ayudas en especie con valor del donante			
Transferencias y donaciones internas		FS.1.1	FS.1.1.1	FS.1.1.2	FS.1.2	FS.1.3	FS.1.4																											
Transferencias de la administración en nombre de grupos específicos		FS.1.1.1	FS.1.1.1.1	FS.1.1.1.2	FS.1.1.2	FS.1.3	FS.1.4																											
Transferencias distribuidas por la administración de origen extranjero		FS.2	FS.3																															
Cotizaciones al seguro social		FS.3	FS.3.1	FS.3.2	FS.3.3	FS.3.4																												
Cotizaciones al seguro social de los asalados		FS.3.1	FS.3.1.1	FS.3.1.2	FS.3.1.3	FS.3.1.4																												
Cotizaciones al seguro social de los empleadores		FS.3.2																																
Cotizaciones al seguro social de los autónomos		FS.3.3																																
Otras cotizaciones al seguro social		FS.3.4																																
Pagos anticipados obligatorios (excluidos los de FS.3)		FS.4																																
Pagos anticipados voluntarios		FS.5																																
Otros ingresos interiores n.e.p.		FS.6																																
Transferencias directas extranjero		FS.7																																
Transferencias financieras directas extranjero		FS.7.1																																
Ayuda directa extranjera en especie		FS.7.2																																
Total gasto corriente y transferencias de capital por regímenes de financiación																																		
Saldo de explotación																																		
Rúbricas pro memoria																																		
Partidas de notificación																																		
Partidas relacionadas																																		
Ingresos por unidades institucionales																																		
Administración central																																		
Sociedades																																		
Hogares																																		
ISFLSH																																		
Resto del mundo																																		
Ingresos totales extranjeros (FS.2 + FS.7)																																		
Préstamos																																		
Préstamos de el gobierno pública																																		
Préstamos de las empresas privadas																																		
Ayudas en especie con valor del donante																																		

Tabla 15.5 Gasto en atención de salud por esquemas de financiamiento e ingresos de esquemas de financiamiento (cont.)

Fuentes de financiación (tipos de ingresos)		Millones en moneda nacional		Fuentes de financiación (tipos de ingresos)		Millones en moneda nacional	
Regímenes de financiación	FS.1	FS.2 FS.3	FS.4 FS.5 FS.6 FS.7	Todos FS	Total gasto corriente y transferencias de capital por regímenes de financiación	Saldo de explotación	Ingresos por unidades institucionales
HF-3	Pagos directos hogares Pagos directos excluidos costes compartidos Costes compartidos con terceros	Transferencias y donaciones internas Transferencias de la administración en nombre de grupos específicos Subvenciones Otras transferencias de los fondos públicos interiores	Cotizaciones al seguro social de los asalariados Cotizaciones al seguro social de los empleadores Cotizaciones al seguro social de los autónomos Otras cotizaciones al seguro social	Ayuda directa extranjero en especie Transferencias financieras directas extranjero Otros ingresos interiores n.e.p.	Ingresos totales extranjeros (FS.2 + FS.7) Resto del mundo ISFLSH Hogares Sociedades Administración central	Ingresos por unidades institucionales Administración central Sociedades Hogares ISFLSH Resto del mundo Ingresos totales extranjeros (FS.2 + FS.7) Préstamos Préstamos de el gobierno pública Préstamos de las empresas privadas Ayudas en especie con valor del donante	Partidas de notificación Partidas relacionadas
HF-4	Regímenes de financiación resto del mundo (no residentes) Regímenes obligatorios (no residentes) Regímenes voluntarios (no residentes) Todos los regímenes de financiación	Transferencias internas Transferencias de la administración en nombre de grupos específicos Subvenciones Otras transferencias de los fondos públicos interiores	Cotizaciones al seguro social de los asalariados Cotizaciones al seguro social de los empleadores Cotizaciones al seguro social de los autónomos Otras cotizaciones al seguro social	Ayuda directa extranjero en especie Transferencias financieras directas extranjero Otros ingresos interiores n.e.p.	Ingresos por unidades institucionales Administración central Sociedades Hogares ISFLSH Resto del mundo Ingresos totales extranjeros (FS.2 + FS.7) Préstamos Préstamos de el gobierno pública Préstamos de las empresas privadas Ayudas en especie con valor del donante	Ingresos por unidades institucionales Administración central Sociedades Hogares ISFLSH Resto del mundo Ingresos totales extranjeros (FS.2 + FS.7) Préstamos Préstamos de el gobierno pública Préstamos de las empresas privadas Ayudas en especie con valor del donante	Partidas de notificación Partidas relacionadas
Rúbricas pro memoria							

II.15. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS, TABLAS E INDICADORES BÁSICOS

Tabla 15.5 Gasto en atención de salud por esquemas de financiamiento e ingresos de esquemas de financiamiento (cont.)

Fuentes de financiación (tipos de ingresos)	Millones en moneda nacional	FS.1	FS.1.1 FS.1.2 FS.1.3 FS.1.4	FS.2 FS.3	FS.3.1 FS.3.2 FS.3.3 FS.3.4	FS.4 FS.5 FS.6 FS.7	Otros ingresos interiores n.e.p.	Transferencias directas extranjero	Transferencias financieras directas extranjero	Ayuda directa extranjero en especie	Todos FS	Total gasto corriente y transferencias de capital por regímenes de financiación	Saldo de explotación	Ingresos por unidades institucionales	Administración central	Sociedades	Hogares	ISFLSH	Resto del mundo	Ingresos totales extranjeros(FS.2 +FS.7)	Préstamos	Préstamos de el gobierno pública	Préstamos de las empresas privadas	Ayudas en especie con valor del donante	
Regímenes de financiación																									
HFRI.1.1	Regímenes de públicos y regímenes seguros médicos contributivos obligatorios con costes compartidos (HF.1 + HF.3.2.1)																								
HFRI.1.2	Regímenes de seguros médicos voluntarios con costes compartidos (HF.2.1+HF.3.2.2)																								
Rúbricas relacionadas																									
HFRI.2.1	Administración pública																								
HFRI.2.2	Sociedades																								
HFRI.2.3	Hogares																								
HFRI.2.4	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)																								
HFRI.2.5	Resto del mundo																								

Fuente: IHAT para SHA 2011

Tabla 15.6 Gasto en salud por esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento

Regímenes de financiación	FA.1	FA.2	FA.3	FA.4	FA.5	FA.6	Todos FA
Agentes de financiación	Administración pública general	Compañías de seguros	Sociedades (que no sean las compañías de seguros)	Sociedades de proveedores y administración de la salud	Hogares	Resto del mundo	Todos los agentes de financiación
	Administración central Administración provincial / regional / local Agencia de la seguridad social Todas las demás unidades de la administración pública general	Compañías de seguros comerciales Mutuas de seguros y otras organizaciones sin fines de lucro	Sociedades (que no sean las compañías de seguros)	Sociedades de proveedores y administración de la salud Sociedades (que no sean proveedores de servicios de salud)	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (ISFLSH)		
	FA.1.1 FA.1.2 FA.1.3 FA.1.9	FA.2.1 FA.2.2	FA.3	FA.3.1 FA.3.2	FA.4	FA.5	FA.6
							FA.6.1 FA.6.2 FA.6.3
							Organizaciones internacionales Administraciones extranjeras Otras entidades extranjero
Millones en moneda nacional							
Regímenes de financiación	Administración pública general	Compañías de seguros	Sociedades (que no sean las compañías de seguros)	Sociedades de proveedores y administración de la salud	Hogares	Resto del mundo	Todos los agentes de financiación
HF.1	Regímenes públicos y regímenes de financiación de la salud contributivos y obligatorios						
HF.1.1	Regímenes públicos						
HF.1.2	Regímenes de seguros médicos contributivos y obligatorios						
HF.1.3	Cuentas de Ahorros Médicos Obligatorias (CAMO)						
HF.2	Regímenes voluntarios de pago por atenciones de salud						
HF.2.1	Regímenes de seguro médico voluntario						
HF.2.2	Regímenes de financiación ISFLSH						
HF.2.3	Regímenes de financiación empresas						
HF.3	Pagos directos hogares						
HF.3.1	Pagos directos excluidos costes compartidos						
HF.3.2	Costes compartidos con terceros						
HF.4	Regímenes de financiación resto del mundo (no residentes)						
HF.4.1	Regímenes obligatorios (no residentes)						
HF.4.2	Regímenes voluntarios (no residentes)						
All HF	Todos los regímenes de financiación						
Rúbricas pro memoria							
Rúbricas de notificación							
HFRI.1.1	Administración pública						
HFRI.1.2	Sociedades						
HFRI.1.3	Hogares						
HFRI.1.4	ISFLSH						
HFRI.1.5	Resto del mundo						
HFRI.2	Regímenes públicos y regímenes seguros médicos contributivos obligatorios con costes compartidos (HF.1 + HF.3.2.1)						
HFRI.3	Regímenes de seguros médicos voluntarios con costes compartidos (HF.2.1+HF.3.2.2)						

Fuente: IHAT para SHA 2011

Tabla 15.7 Gasto en factores de provisión y proveedores de servicios de salud (cont.)

Proveedores	Factores de provisión		Factores de provisión					Factores de provisión									
	Millones en moneda extranjera		Remuneración empleados	Sueldos y salarios	Cotizaciones sociales	Todos los demás costes relacionados con los asalariados	Remuneración profesional de los autónomos	Materiales y servicios utilizados	Servicios de atención de la salud	Productos de atención de la salud	Servicios de atención no de salud	Productos de atención no de salud	Consumo de capital fijo	Otras rúbricas de gastos sobre los insumos	Impuestos	Otras rúbricas de gasto	Todos FP
			FP.1	FP.1.1 FP.1.2 FP.1.3	FP.2	FP.3	FP.3.1 FP.3.2 FP.3.3 FP.3.4	FP.4	FP.5	FP.5.1 FP.5.2							
HP.5.9	Otros vendedores y otros proveedores de productos médicos y farmacéuticos																
HP.6	Proveedores de atención preventiva																
HP.7	Proveedores administración y financiación sistema de atención salud																
HP.7.1	Agencias públicas de administración salud																
HP.7.2	Agencias del seguro social de enfermedad																
HP.7.3	Agencias administración seguro médico privado																
HP.7.9	Otras agencias de administración																
HP.8	Resto de la economía																
HP.8.1	Hogares como proveedores de atención de la salud domiciliaria																
HP.8.2	Todas las demás ramas como proveedores de atención de la salud																
HP.8.9	Otras ramas de actividad n.e.p.																
HP.9	Proveedores de servicios relacionados con atención de la salud																
HP.10	Resto del mundo																
Todos HP	Todos los proveedores																

Fuente: IHAT para SHA 2011

Referencias

- Abel-Smith, B. (1963), "Paying for Health Services: A Study of the Costs and Sources of Finance in Six Countries", *Public Health Papers*, No. 17, World Health Organisation, Geneva.
- Abel-Smith, B. (1967), "An International Study of Health expenditure and its Relevance for Health", *Public Health Papers*, No. 32, World Health Organisation, Geneva.
- AIHW – Australian Institute for Health and Welfare (2010), "Health System Expenditure on Disease and Injury in Australia, 2004-05", Catalogue No. HSE 87, AIHW, Canberra.
- Aizcorbe, A. and N. Nestoriak (2008), "The Importance of Pricing the Bundle of Treatments", BEA Working Paper, Bureau of Economic Analysis, Washington D.C.
- Alailima, P.J. and F. Mohideen (1983), "Health Sector Commodity Requirements and Expenditure Flows", National Planning Department, Colombo, Sri Lanka.
- Anand, S. and M. Ravallion (1993), "Human Development in Poor Countries: On the Role of Private Incomes and Public Services", *Journal of Economic Perspectives*, No. 7, pp. 133-150.
- Auerbach, H., J. Gokhale and L.J. Kotlikoff (1994), "Generational Accounting: A Meaningful Way to Evaluate Fiscal Policy", *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 8, pp. 73-94.
- BASYS, CEPS and IGSS (2006), "Feasibility Study of Health Expenditures by Patient Characteristics", Augsburg, Germany.
- Berman, P. (1997) "NHA in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications", *Health Economics*, Vol. 6, pp. 11-30.
- Berman, P., A. Banerjee, T. Bossert, A. Mahal, M. Mitchell, N.S. Kumar, S. Kappagantula and L. Limgam (2003), "A Medium Term Strategy and Expenditure Framework for Health in Andhra Pradesh: Final Report", Department for International Development and the Government of Andhra Pradesh, New Delhi.
- Berndt, E.R., D.M. Cutler, R.G. Frank, Z. Griliches, J.P. Newhouse and J.E. Triplett (2001), "Price Indexes for Medical Goods and Services: An Overview of Measurement Issues", in Cutler, D.M. and Berndt, E.R. (eds.), *Medical Care Output and Productivity*, University of Chicago Press, Chicago.
- Blouin, C., N. Drager and R. Smith (2006), "International Trade in Health Services and the GATS - Current Issues and Debates", World Bank, Washington D.C.
- Bodeker, G., C.K. Ong, C. Grundy, G. Burford and K. Shein (2005), "WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine", World Health Organization, Centre for Health Development, Kobe, Japan.
- Boskin, M.J., E. Dulberger, R. Gordon, Z. Griliches and D. Jorgenson (1996), "Toward a More Accurate Measure of the Cost of Living", Final Report to the U.S. Senate Finance Committee, Commission to Study the Consumer Price Index, Washington, D.C.
- BPS-Statistics Indonesia (2007), "Statistical Yearbook, 2007", BPS-Statistics Indonesia, Jakarta, p. 133.
- Brændvang, A.-K. (2008), "Norwegian Health Accounts", Eurostat project report, Statistics Norway, Oslo, available at www.ssb.no/english/subjects/09/90/doc_200809_en/doc_200809_en.pdf
- Bulletin luxembourgeois des questions sociales (2005), "Long Term Care for Older People", Vol. 19, Conference organized by the Luxemburg Presidency of the European Union, with the Social Protection Committee of the European Union, Luxembourg, 12-13 May 2005.
- Busse, R. and A. Riesberg (2004), "Health Care Systems in Transition: Germany", European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen.
- Byrd, T.L. and J.G. Law (2009), "Cross-border Utilisation of Health Care Services by United States Residents Living Near the Mexican Border", *Rev Panam Salud Publica*, Vol. 26, No. 2, pp. 95-100.

- Carpenter, G.I., A. Main and G.F. Turner (1995), "Case-mix for the Elderly Inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) Validation Project", *Age and Ageing*, Vol. 24, No. 1, pp. 5-13.
- Carrin, G. (2003), "Community-based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives", Discussion Paper No. 1, Department of Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), World Health Organisation, Geneva.
- Castelli, A., D. Dawson, H. Gravelle and A. Street (2007), "Improving the Measurement of Health System Output Growth", *Health Economics*, Vol. 16, No. 10, pp. 1091-1107.
- Castelli, A., L. Mauro and A. Street (2008), "Measuring NHS Output Growth", *CHE Research Paper*, No. 43, available at www.york.ac.uk/inst/che/publications/publicationsbyyear.htm.
- CBS – Statistics Netherlands (2010), Statline, available at <http://statline.cbs.nl/StatWeb/?LA=en>.
- Centre for Medicare and Medicaid Services (2010), "National Health Expenditures Accounts: Definitions, Sources, and Methods, 2009", available at www.cms.gov/NationalHealthExpendData/downloads/dsm-09.pdf.
- Chawla, M., D. Kawiorska and G. Chellaraj (1997), "The Impact of Economic and Demographic Factors on Government Health Expenditure in Poland", DDM, Harvard School of Public Health.
- Connor, S. (2010), "Caring for People Suffering from Life-limiting Conditions", WHO Seminar, 4 March 2010, available at www.thewpca.org/about-hospice-and-palliative-care/the-need/.
- Dawson, D., H. Gravelle, M. O'Mahony, A. Street, M. Weale, A. Castelli, R. Jacobs, P. Kind, P. Loveridge, S. Martin, P. Stevens and L. Stokes (2005), "Developing New Approaches to Measuring NHS Outputs and Productivity: Final Report", Research Paper No. 6, Centre for Health Economics, York.
- D'Cruz, P. and S. Bharat (2001), "Which Way To Turn: Inadequacies in the Health Care System in India", *Journal of Health Management*, Vol. 3, pp. 85-125.
- De, S., T. Dmytraczenko, D. Brinkerhoff and M. Tien (2003), "Has Improved Availability of Health Expenditure Data Contributed to Evidence-Based Policymaking? Country Experiences with National Health Accounts", PHRplus.
- Deloitte Center for Health Solutions (2008), "Medical Tourism – Consumers in Search of Value", available at www.deloitte.com/centerforhealthsolutions.
- DermNetNZ (accessed 05/2011), "Synthetic Wound Dressings", available at <http://dermnetnz.org/procedures/dressings.html>.
- Doorslaer, E. van, A. Wagstaffe and F. Rutten (1993), "Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective", Oxford University Press, Oxford.
- Eggleston, K. and W. Yip (2004), "Hospital Competition under Regulated Prices: Application to Urban Health Sector Reforms in China", *International Journal of Health Care Finance and Economics*, Vol. 4, No. 4, pp. 343-368, Springer.
- Elteto, O. and P. Koves (1964), "One Index Computation Problem of International Comparisons" (in Hungarian), *Statisztikai Szemle*, Vol. 7, pp. 507-518.
- European Commission (2009), "Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)", Office for Official publications of the EU Communities, Luxembourg.
- EC, IMF, OECD, UN and World Bank (2009), "System of National Accounts 2008", European Commission, International Monetary Fund, Organisation for Economic Co-operation and Development, United Nations and World Bank, New York, Dec. 2009.
- Eurostat (2001), "Handbook on Price and Volume Measures in National Accounts", Office for Official publications of the EU Communities, Luxembourg.
- Eurostat (2003), "Household Production and Consumption: Proposal for a Methodology of Household Satellite Accounts", Office for Official publications of the EU Communities, Luxembourg.
- Eurostat (2004), "Differences between Balance of Payments and Foreign Trade Statistics", Office for Official publications of the EU Communities, Luxembourg.
- Eurostat (2008a), "Statistical Classification of Economic activities in the European Community NACE Rev.2", Office for Official publications of the EU Communities, Luxembourg.
- Eurostat (2008b), "ESSPROS Manual. 2008 edition. The European System of Integrated Social Protection Statistics (ESSPROS)", Office for Official publications of the EU Communities, Luxembourg.
- Eurostat (2008c), "Eurostat Manual of Supply, Use and Input-Output Tables", Office for Official Publications of the EU Communities, Luxembourg.

- Eurostat (2008d), "CPA Revision 2, Classification of Products by Activity", Office for Official Publications of the EU Communities, Luxembourg.
- Eurostat and Office of National Statistics UK (2003), "SHA Guidelines: Practical Guidance for Implementing a System of Health Accounts in the EU", available at http://circa.europa.eu/Public/irc/dsis/health/library?l=/methodologiessandsdatasc/systemsofshhealthsaccount/sha_guidelinespdf_EN_1.0_&a=d.
- Eurostat and OECD (2006), "Methodological Manual on Purchasing Power Parities", OECD Publishing, Paris, available at www.oecd.org/document/3/0,3746,en_2649_34357_37961859_1_1_1_1,00.html.
- Fetter, B. (2006), "Origins and Elaborations of the National Health Accounts, 1926-2006", *Health Care Financing Review*, Vol. 28, No. 1, pp. 53-67.
- FT.com (2010), "European Drug Groups Fear Parallel Trade", *Financial Times*, published 7 June 2010.
- Frenk, J., J. Sepúlveda, O. Gómez-Dantés and F. Knaul (2003), "Evidence-based Health Policy: Three Generations of Reform in Mexico", *The Lancet*, Vol. 362, No. 9396, pp. 1667-1671.
- Fried, L.P., C.M. Tangen, J. Walston, A.B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener, T. Seeman, R. Tracy, W.J. Kop, G. Burke and M.A. McBurnie (2001), "Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype", *Journal of Gerontology*, Medical Sciences, Vol. 56a, No. 3, pp. 146-156.
- Gerdtham, U., J. Sogaard, F. Andersson and B. Jonsson (1992), "An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-section Study of the OECD Countries", *Journal of Health Economics*, Vol. 11, No. 1, pp. 63-84.
- Glinosa, I.A., R. Baetenb and H. Maarsea (2010), "Purchasing Health Services Abroad: Practices of Crossborder Contracting and Patient Mobility in Six European Countries", *Health Policy*, Vol. 95, No. 2, pp. 103-112.
- Gottret, P.E. and G. Schieber (2006), "Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide", World Bank, Washington D.C.
- Government of Turkey (2003), "National Health Accounts", Ministry of Public Health, Ankara.
- Gqaleni, N., I. Moodley, H. Kruger, A. Ntuli and H. McLeod (2007), "Traditional and Complementary Medicine: Health Care Delivery", *South African Health Review*.
- Hartman, M.B., R.J. Kornfeld and A.C. Catlin (2010), "A Reconciliation of Health Care Expenditures in the National Health Expenditure Accounts and in Gross Domestic Product", Survey of Current Business, BEA, US, available at www.bea.gov/scb/pdf/2010/09%20September/0910_healthcare.pdf.
- Hartman, M.B., R.J. Kornfeld and A.C. Catlin (2010), "Health Care Expenditures in the National Health Expenditures Accounts and in Gross Domestic Product: A Reconciliation", BEA Working Paper, Washington, DC.
- Heijink, R., M. Koopmanschap and J. Polder (2006), "International Comparison of Cost of Illness", National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, available at www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270751016.html.
- Hill, P. (1975), "Price and Volume Measures for Non-Market Services", Statistical Office of the European Communities, Brussels, available at http://siteresources.worldbank.org/ICPINT/Resources/Price_and_Volume_Measures.pdf.
- Hogerzeil, H.V. (2004), "The Concept of Essential Medicines: Lessons for Rich Countries", *British Medical Journal*, Vol. 329, pp. 1169-1172.
- Huber, M. and R. Rodrigues (2008), "A Framework for Measuring Long-term Care Expenditure in Europe", Presentation to the International Association for Research on Income and Wealth.
- ILO - International Labour Organisation (2005), "Health Micro-insurance Schemes: Feasibility Study Guide", ILO, Geneva, available at www.ilo.org/manila/whatwedo/publications/lang-en/docName--WCMS_124889/index.htm.
- ILO (2008). "International Standard Classification of Occupations, ISCO-08", available at www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm.
- ILO, IMF, OECD, Eurostat, United Nations and World Bank (2004a), "Producer Price Index Manual, Theory and Practice", Washington D.C.
- ILO, IMF, OECD, Eurostat, United Nations and World Bank (2004b), "Consumer Price Index Manual, Theory and Practice", Washington D.C.
- IMF - International Monetary Fund (2001), *Government Finance Statistics Manual* (GFSM).

- IMF (2009), "Balance of Payments and International Investment Position Manual, 6th Edition (BPM6)", IMF, Washington, D.C.
- IRDES and BASYS (2007), "Tools for Data Collection on Health Care Statistics", *EUROSTAT Project*, Final report.
- Ireland Central Statistics Office (2009), "Household Travel Survey for Ireland", available at [www.cso.ie/surveysandmethodologies/surveyforms/document s/transport_tourism/pdf_docs/household_travel_q3_2009.pdf](http://www.cso.ie/surveysandmethodologies/surveyforms/document%20s/transport_tourism/pdf_docs/household_travel_q3_2009.pdf).
- ISPO – International Society for Prosthetics and Orthotics (2005), available at www.ispoint.org/images/docs/education/WHOGuidelines.pdf.
- Izazola-Licea, J.A., C. Avila-Figueroa, D. Arán, S. Piola, R. Perdomo, P. Hernández, J.A. Saavedra-López and R. Valladares-Cardona (2002), "Country Response to HIV/AIDS: National Health Accounts on HIV/AIDS in Brazil, Guatemala, Honduras, México and Uruguay", *AIDS* 2002, Vol. 16, Suppl. 3, pp. 566-575
- Kamp-Nielsen, I. (2002), "The Danish Health Account 1997-1999", Ministry of Interior and Health, available at www.oecd.org/dataoecd/0/49/15781505.pdf.
- Kawiorska, D. (2008), "Guidelines for the Delineation into Public and Private Units", available at www.oecd.org/dataoecd/38/14/40191715.pdf.
- KITH (2011), "International Classification of Primary Care", rev 2, available at www.kith.no/templates/kith_WebPage_1111.aspx.
- Koechlin, F., L. Lorenzoni and P. Schreyer (2010), "Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of a Pilot Study", OECD Health Working Paper, No. 53, OECD Publishing, Paris, available at www.oecd.org/els/health/workingpapers.
- Kristoffersen, A.E., V. Fønnebo and A.J. Norheim (2008), "Use of Complementary and Alternative Medicine Among Patients: Classification Criteria Determine Level of Use", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol. 14, No. 8, pp. 911-919.
- Kutzin, J. (2001), "A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements", *Health Policy*, Vol. 56, No. 3, pp. 171-204, Elsevier.
- Kutzin, J. (2008), "Health Financing Policy: A Guide for Decision-makers", Health Financing Policy Paper, World Health Organization.
- Lamberts, H. and M. Wood (2002), "The Birth of the International Classification of Primary Care (ICPC): Serendipity at the Border of Lac Léman", *Family Practice*, Vol. 19, No. 5, pp. 433-435.
- Legido-Quigley, H. and M. McKee (2006), "Patient Mobility in the European Union – Drivers of Patient and Professional Mobility", Europe for Patients.
- Lequiller, F. and D. Blades (2007), "Understanding National Accounts", OECD Publishing, Paris.
- Lozano, R., C. Murray, A. Lopez and T. Satoh (2001), "Miscoding and Misclassification of Ischaemic Heart Disease Mortality", *Global Program on Evidence for Health Policy*, Discussion Paper No. 12, WHO, Geneva.
- Mathers, C.D., A. Lopez, C. Stein, D. Ma Fat, C. Rao, M. Inoue, K. Shibuya, N. Tomijima, C. Bernard and H. Xu (2004), "Deaths and Disease Burden by Cause: Global Burden of Disease Estimates for 2001 by World Bank Country Groups", Disease Control Priorities Project, Working Paper No. 18.
- McIntyre, D. (2007), "Learning from Experience: Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries", Global Forum for Health Research, Geneva, available from: www.globalforumhealth.org/Site/000_Home.php.
- Mattoo, A., R.M. Stern and G. Zanini (2007), "A Handbook of International Trade in Services", Oxford University Press.
- Médecins du Monde (2007), "Report and Recommendations, Improving Access to Healthcare for the Community's Most Vulnerable", Project London, UK.
- Medscape Reference (accessed 05/2011), "Surgical Dressings", available at <http://emedicine.medscape.com/article/1127868-overview>.
- Meerman, J. (1979), "Public Expenditure in Malaysia: Who Benefits and Why", Oxford University Press for the World Bank, New York.
- Mosseveld, C.J.P.M. van (2003), "International Comparison of Health Care Expenditure, Existing Frameworks, Innovations and Data Use", Statistics Netherlands, Voorburg.
- Mosseveld, C.J.P.M. van and J. M. Smit (2005), "Statistics Netherlands", Working Paper Health and Social Care Accounts 1998-2003.

- Mossialos, E. and A. Dixon (2002), "Funding health care in Europe: Options for Europe", Open University Press, Buckingham, UK.
- Murray, C.J.L. and D.B. Evans (2003), "Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism", WHO, Geneva.
- Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sport (2005), "Health Insurance in the Netherlands. The new health insurance system from 2006".
- Newhouse, J.P. (1992), "Medical Care Costs: How Much Welfare Costs", *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, No. 3, pp. 3-21.
- Nicolle, E. and I. Mathauer (2010), "Where and What Do They Hide?", WHO Discussion Paper, WHO, Geneva.
- NIH – National Institutes of Health (2009), "The Use of Complementary and Alternative Medicine in the United States: Cost Data", US DHSS, available at www.nccam.nih.gov.
- Nordic Innovation Centre (2009), "Nordic Collaboration in Health Services: A Feasibility Study on the Potentials and Barriers towards an Open Market for Health Services in the Nordic Countries", Copenhagen, available at www.nordicinnovation.net/_img/nordic_collaboration_in_health_services_summary_report_web.pdf.
- Norman, G. (2003), "New Strategies in Disease and Utilization Management", Society of Actuaries, Spring Meeting, 22-24 June, San Francisco.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer, R.P. Rannan-Eliya, A. Somanathan, S.R. Adhikari, B. Akkazieva, D. Harbianto, C.C. Garg, P. Hanvoravongchai, A.N. Herrin, M.N. Huq, S. Ibragimova, A. Karan, S.M. Kwon, G.M. Leung, J.F. Lu, Y. Ohkusa, B.R. Pande, R. Racelis, K. Tin, K. Tisayaticom, L. Trisnantoro, Q. Wan, B.M. Yang and Y. Zhao (2008), "Who Pays for Health Care in Asia?", *Journal of Health Economics*, Vol. 27, pp. 460-475.
- O'Donnell, O., E. van Doorslaer, A. Wagstaff and M. Lindelow (2008), "Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation", *WBI Learning Resources Series*, World Bank, Washington, D.C.
- OECD (1977), "Public Expenditure on Health", OECD Studies in Resource Allocation No. 4, OECD Publishing, Paris.
- OECD (1985), "Measuring Health Care 1960-1983, Expenditure, Costs and Performance", OECD Social Policy Studies No. 2, OECD Publishing, Paris.
- OECD (1990), "Health Care Expenditure and Other Data", *Health Care Systems in Transition*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (1994), "The Measurement of Scientific and Technical Activities, Proposed Standard Practice for Surveys of Research and Experimental Development", *Frascati Manual*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2000), *A System of Health Accounts*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2001), *Measuring Expenditure on Health-related R&D*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2002a), *Frascati Manual. Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2002b), *Measuring the Non-observed Economy: A Handbook*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2004), *Towards High-performing Health Systems. Policy Studies*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2006a), "The OECD Input-output Database", STI Working Paper No. 2006/8, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2006b), *OECD Reviews of Health Systems. Switzerland*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2008), *Estimating Expenditure by Disease, Age and Gender under the System of Health Accounts (SHA) Framework*, unpublished, Paris.
- OECD (2009), *Guide to Measuring the Information Society*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2010), "Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework", OECD Health Working Paper No. 52, OECD Publishing, Paris.
- Orosz, E. and D. Morgan (2004), "SHA-based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A Comparative Analysis", OECD Health Working Paper, No. 16, OECD Publishing, Paris.
- PAHO – Pan American Health Organization (2005), "Satellite Health Account (SHA) Manual. Version 1", Health Policies and Systems Unit (HP) Strategic Health Development Area (SHD), Office of the Director of Program Management (DPM), PAHO, Washington D.C., available at www.paho.org/spanish/ad/ge/chile06-background15.pdf.

- Pollack, A. (2003), "Who's Reading Your X-Ray?", *New York Times*, Published 16 November.
- Peeples, L. (2009), "Following the Money; Where Do the Billions in Global Health Funds Come from, and Where Do They Go?", *Scientific American*, 19 June 2009 available at www.scientificamerican.com/article.cfm?id=global-health-fund-tracking-philanthropy.
- Petrera, M. and A. Vicente (2008), "Conceptual and Practical Boundaries in Health Accounting", *Observatory of Health of Peru*, OECD Publishing, Paris.
- Polder, J.J. (2001), "Cost of illness in the Netherlands: Description, Comparison and Projection", PhD. Thesis, Erasmus University, Rotterdam.
- Polder, J.J., J. Takkern, W.J. Meerding, G.J. Kommer G.J. and L.J. Stokx (2002), "Cost of Illness in the Netherlands", RIVM, Bilthoven.
- Polder, J.J. and P.W. Achterberg (2004), "Cost of Illness in the Netherlands", RIVM, Bilthoven.
- Polder, J.J., J.J. Barendregt and J.A.M. van Oers (2007), "Health Care Costs in the Last Year of Life. The Dutch Experience", *Social Science and Medicine*, Vol. 63, No. 7, pp. 1720-1731.
- Pomey, M.P., J.P. Poullier and B. Lejeune (2000), "Quel avenir pour le système de soins canadien?", *Santé Publique*, Paris, France.
- Poos, M.J.J.C., J.M. Smit, J. Groen, G.J. Kommer and L.C.J. Slobbe (2008), "Cost of Illness in the Netherlands 2005", RIVM, Bilthoven.
- Poullier, J.P. (1992), "Administrative Costs in Selected Industrialised Countries", *Health Care Financing Review*, Vol. 13, No. 4, pp. 167-172.
- Poullier, J.P., P. Hernandez and K. Kawabata (2002), "National Health Accounts: Concepts, Data Sources and Methodology", WHO/EIP/02.47, WHO, Geneva.
- Rannan-Eliya, R.P. and R. Wijesinghe (2006), "Global Review on Health and Social Care Expenditure and Resources for Older Persons in Developing Countries", WHO Kobe Centre, Kobe, Japan.
- Rannan-Eliya, R.P. and A. Somanathan (2006), "Equity in Health and Health Care Systems in Asia", Elgar Companion to Health Economics, edited by A.M. Jones, Cheltenham, UK.
- Rannan-Eliya, R.P. and L. Lorenzoni (2010), "Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework", OECD Health Working Papers, No. 52, OECD Publishing, Paris.
- Rice, D.P. (1967), "Estimating the Cost of Illness", *American Journal of Public Health*, Vol. 57, No. 3, pp. 424-440.
- Robinson, M. and X. Zhang (2011a), "Traditional Medicines, Self-Medication, and OTC", *World Medicines Situation*, WHO, Geneva.
- Robinson M. and X. Zhang (2011b), "Traditional Medicines: Global Situation, Issues and Challenges", *World Medicines Situation 2011*, WHO, Geneva, available at www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch18_wTraditionalMed.pdf.
- Roehrig, C., G. Miller, C. Lake and J. Bryant (2009), "National Health Spending By Medical Condition, 1996-2005", *Health Affairs* (Millwood), Vol. 28, No. 2, pp. 358-367.
- Rosen, A. and D. Cutler (2009), "Challenges in Building Disease-Based National Health Accounts", *Medical care*, Vol. 47, No. 7, Suppl. 1.
- Salvador-Carulla, L., M. Poole, M. Bendeck, C. Romero and J.A. Salinas (2009), "Coding Long-term Care Services: eDESDE-LTC", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 9, available at <http://ukpmc.ac.uk/abstract/PMC/2707571>.
- Salvador-Carulla, L. and V. I. Gasca (2010), "Defining Disability, Functioning, Autonomy and Dependency in Person-centered Medicine and Integrated Care", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 10, Suppl. 25.
- Schieber, J.G. and J.P. Poullier (1989), "International Health Care Expenditure Trends: 1987", *Health Affairs* (Millwood), Vol. 8, No. 3, pp. 169-77.
- Schneider, M. (1995), "Framework for the International Comparison of Health Expenditures and Financing", in C. Van Mosseveld and P. Van Son (eds.), *International Comparison of Health Care Data, Methodology Development and Application*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Netherlands, pp. 263-278.
- Schneider, M., D. Kawiorska et al. (2002), "A System of Health Accounts in Poland", Office for Foreign Aid at the Ministry of Health, Warsaw.

- Schreyer, P. (2008), "Output and Outcome – Measuring the Production of Non-market Services", Paper presented at the 30th meeting of the International Association for Research in Income and Wealth, Portoroz, Slovenia, available at www.iariw.org.
- Schuster, M.A., E.A. McGlynn and R.H. Brook (2005), "How Good Is the Quality of Health Care in the United States?", *Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, pp. 843-895.
- Scottish Executive Health Department (2008), "NHS Scotland Capital Accounting Manual 2007/08", Edinburgh, available at www.fpma.scot.nhs.uk/manuals/cap_acc_manual_2007.pdf.
- Schmidt, R.A. and E.A. Pioch (2003), "Pills by Post? German Retail Pharmacies and the Internet", *British Food Journal*, Vol. 105, No. 9, pp. 618-633.
- Smith, P.C. and A. Street (2007), "Measurement of Non-Market Output in Education and Health", CHE Research Paper No. 23, Centre for Health Economics, University of York.
- SRI International (2008), "Global Spa Economy 2007", Global Spa Summit, May 2008.
- Stache, D., T. Forster, M. Kuschel, C. Meißner and P. Schmidt (2007), "Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen – Datenbasis zur Beurteilung der Qualität der Staatsausgaben?", *Wirtschaft und Statistik*, Vol. 12/2007, pp. 1180-1197.
- Stephano, R.-M. and W. Cook (2010), "The Medical Tourism Facilitator", Global Health Insurance Publications.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions and the National Board of Health and Welfare, Quality and Efficiency (2007), Swedish Health Care; Regional Comparisons, Stockholm.
- Swiss Federal Statistical Office (2008), "Tourism Satellite Account for Switzerland, 2001 and 2005", FSO, Neuchatel.
- Szulc, B. (1964), "Indices for Multiregional Comparisons", *Przegląd Statystyczny*, Vol. 3, pp. 239-254.
- Techniker Krankenkasse (2009), "TK Europe Survey 2009: German Patients en Route to Europe", Corporate Development Department (UE) and the Scientific Institute for Benefit and Efficiency in Healthcare (WINEG).
- Thai Board of Investment (2008), "A Medical Trade Valued at US\$40 billion with a 20% Annual Growth", available at www.boi.go.th/english/why/Medical.pdf.
- Thomson, S. and E. Mossialos (2009), "Private Health Insurance in the European Union", European Commission, Brussels.
- Tomqvist, L. (1936), "The Bank of Finland's consumption price index", *Monthly Bulletin*, Vol. 10, Bank of Finland, pp. 1-8.
- Triplett, J.E. (2003), "Integrating Cost-of-disease Studies into Purchasing Power Parities", *A Diseasebased Comparison of Health Systems. What is Best and at What Cost?*, OECD Publishing, Paris.
- UK ONS – United Kingdom Office of National Statistics (1997), "UK Input-Output Balances: Methodological Guide".
- UN (1999). COFOG, United Nations Statistical Division, available at <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=4>.
- UN (2000), "Classifications of Expenditure According to Purpose: COFOG, COICOP, COPNI, COPP", Series M, No. 84, United Nations Statistical Division.
- UN (2008a), "International Standard Industrial Classification of All Economic Activities", Rev.4, ISIC, United Nations Statistical Division.
- UN (2008b), CPC Ver.2, Central Product Classification, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division, New York.
- UN (2010), Manual on Statistics of International Trade in Services 2010 (MSITS 2010), United Nations Statistical Division. Available at <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc10/BG-MSITS2010.pdf>.
- UN, OECD, Eurostat and UNWTO (2008), "Tourism Satellite Account: Recommended Methodological Framework".
- United Nations Economic Commission for Europe (2008), "Non-observed Economy in National Accounts. Survey of Country Practices", United Nations, New York, Geneva.

- UNESCO (1996), "International Standard Classification of Education (ISCED) 1997", UNESCO, Paris, available at www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/isced/ISCED_A.pdf.
- UNESCO, OECD and Eurostat (1995), "Data Collection on Educational Statistics".
- UNGASS – United Nations General Assembly Special Session, available at www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/.
- US Bureau of Economic Analysis (2009), "Updated Summary NIPA Methodologies", Washington.
- Waldo, D.R. (1996), "Creating Health Accounts for Developed and Developing Countries", Human Development Department, World Bank, Washington D.C.
- Wangberg, S., H. Andreassen, P. Kummervold, R. Wynn and T. Sørensen (2009), "Use of the Internet for Health Purposes: Trends in Norway 2000-2010", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 23, pp. 691-696.
- WCPT – World Confederation for Physical Therapy (2007), "Description of Physical Therapy", WCPT, London, available at www.wcpt.org.
- WHO (2000), "World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance – Strengthened Health Systems Save More Lives", WHO, Geneva, available at www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
- WHO (2001), "International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)", WHO, Geneva.
- WHO (2002), "Essential Public Health Functions: The Role of Ministries of Health", WHO, Geneva.
- WHO (2003), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, C. Murray and D. Evans (eds.), WHO, Geneva, pp. 289-295.
- WHO (2004), "International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems: 10th Edition", WHO, Geneva, version for 2007 available at <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>.
- WHO (2005a), "Strengthened Health Systems Save More Lives. An Insight into WHO's European Health Systems' Strategy", WHO, Geneva, available at www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/78914/healthsys_savelives.pdf.
- WHO (2005b), "National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines", *Report of WHO Global Survey*, WHO, Geneva.
- WHO (2005c), "Guidelines on Basic Training and Safety in Chiropractic", WHO, Geneva, available at <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/js14076e/>.
- WHO (2005d), "International Shortlist for Hospital Morbidity Tabulation (ISHMT)", WHO, Geneva, available at www.who.int/classifications/icd/implementation/morbidity/ishmt/en/index.html.
- WHO (2008a), "Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health", Commission on Social Determinants of Health, Final Report, WHO, Geneva, available at www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html.
- WHO (2008b), "Guide to Producing Regional Health Accounts", WHO, Geneva, available at www.who.int/nha/developments/Guide%20to%20Producing%20Regional%20Health%20Accounts.pdf.
- WHO (2008c), "Conditional Cash Transfers", WHO, Geneva, available at http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/Support3/en/.
- WHO (2009), "Global Status Report on Road Safety", WHO, Geneva, available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf.
- WHO (2011a), "The World Medicines Situation 2011; Medicines Prices, Availability and Affordability", WHO, Geneva, available at www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch6_wPricing_v6.pdf.
- WHO (2011b), "Guidelines for ATC classification and DDD assignment", available at www.whocc.no/atc_ddd_publications/guidelines/.
- WHO, World Bank and USAID (2003), "Guide to Producing National Health Accounts with Special Applications for Low-income and Middle-income Countries", WHO, Geneva, available at www.who.int/nha/docs/English_PG.pdf.
- WICC (2011), "Wonca International Classification Committee: International Classification of Primary Care", available at www.globalfamilydoctor.com/wicc/edu.html.
- Yip, W. and A. Mahal (2008), "The Health Care Systems of China and India: Performance and Future Challenges", *Health Affairs* (Millwood), Vol. 27, No. 4, pp. 921-932.

- Yip, W. and P. Berman (2001), "Targeted Health Insurance in a Low Income Country and its Impact on Access and Equity in Access: Egypt's School-health Insurance", *Health Economics*, Vol. 10, No. 3, pp. 207-220.
- Zida, A., M.P. Bertone and L. Lorenzetti (2010), "Using National Health Accounts to Inform Policy Change in Burkina Faso", Policy Brief, Health Systems 20/20, Bethesda, MD.
- Zweifel, P., S. Felder and A. Werblow (2004), "Population Aging and Health Care Expenditures: New Evidence on the Red Herring", *Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 29, No. 4.

ANEXO A

Relación entre la ICHA y otras clasificaciones

Introducción

El objeto del Anexo A es relacionar las tres clasificaciones básicas del SHA 2011 con las clasificaciones económicas internacionales utilizadas en la estructura del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) y el Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (SEEPROS). Cada una de las tres clasificaciones básicas del SHA 2011 – ICHA-HC, ICHA-HP e ICHA-HF – se centra en características específicas de los participantes (organizaciones) y de las transacciones que son diferentes en otras clasificaciones. Este anexo describe algunos conceptos e incluye tablas de correspondencia con las categorías en las clasificaciones del SCN y SEEPROS. A pesar de utilizar términos similares y que algunos tienen puntos de coincidencia con las principales categorías, no hay una relación biunívoca entre las clasificaciones del SHA y las de los dos otros sistemas estadísticos. Tanto los usuarios como los encargados de generar las cuentas deben tener en cuenta que se hacen revisiones periódicas de las clasificaciones internacionales y los países las aplican de distinta manera. Lo mismo ocurre con los participantes (organizaciones), que en el SHA representan las unidades estadísticas, así como las entidades económicas (unidades institucionales) en el SCN. Las tablas cruzadas de este anexo, por tanto, tan sólo se pueden considerar un intento de correlacionar las distintas clasificaciones. Además, las que se describen aquí no son las únicas clasificaciones de los sistemas estadísticos de los países.

Las clasificaciones del SCN ocupan una posición central en las estadísticas económicas, ya que las actividades de toda economía se clasifican por ramas de actividad económica y sectores, o se estructuran por bienes y servicios producidos y el uso que se haga de los mismos según objetivos, como por ejemplo la producción y consumo del sector de servicios de salud. Además, las actividades de salud reflejadas en algunos de los sistemas estadísticos más especializados, como por ejemplo las estadísticas de la balanza de pagos, o el empleo en salud, clasificado por estadísticas de la mano de obra, están integradas en los datos del Sistema de Cuentas Nacionales. No solo incluye

agregados generales del SCN, como el producto interno bruto (PIB), de interés para los encargados de generar el SHA, sino también agregados específicos del SCN. El análisis de los datos de las cuentas de la salud, junto con el SCN, con frecuencia tiene en cuenta la parte del PIB que se dedica al gasto en salud, que es uno de los indicadores básicos de las cuentas de la salud. El gasto corriente en salud según el SHA, expresado en forma de porcentaje del PIB, indica el consumo en servicios de salud de la población residente en relación con la renta nacional. Otro indicador es la parte del gasto público total que se destina a la salud. Esta cifra refleja la carga financiera que los servicios de salud representan para los fondos públicos. En las páginas siguientes, se describen agregados específicos del SCN, según los límites establecidos en el SHA. En el Anexo B se describen las relaciones con los agregados del SCN.

Las tablas de correspondencia en este anexo cumplen la estructura del manual SHA 2011 y se han creado en torno a la relación entre los tres ejes de las cuentas de salud, es decir, función, provisión y financiamiento. En ellas se distingue entre:

- El método funcional utilizado en el SHA (Capítulo 5) y el del SCN, relacionado con el consumo de servicios de salud (descripción y demarcación en relación con la clasificación utilizada en SEC/SCN¹, incluyendo COFOG, COICOP y COPNI);
- El método funcional utilizado en el SHA y SEEPROS (descripción y demarcación en relación con la clasificación de los riesgos para la salud y los beneficios para la salud de SEEPROS);
- La clasificación de proveedores de servicios de salud ICHA-HP (Capítulo 6) y la clasificación de actividades de CIIU/NACE en relación con los servicios de salud ;
- La estructura de los esquemas de financiamiento de servicios de salud ICHA-HF (Capítulo 7) y los sectores institucionales del SCN que se corresponden con los agentes de financiamiento (FA) en el SHA.

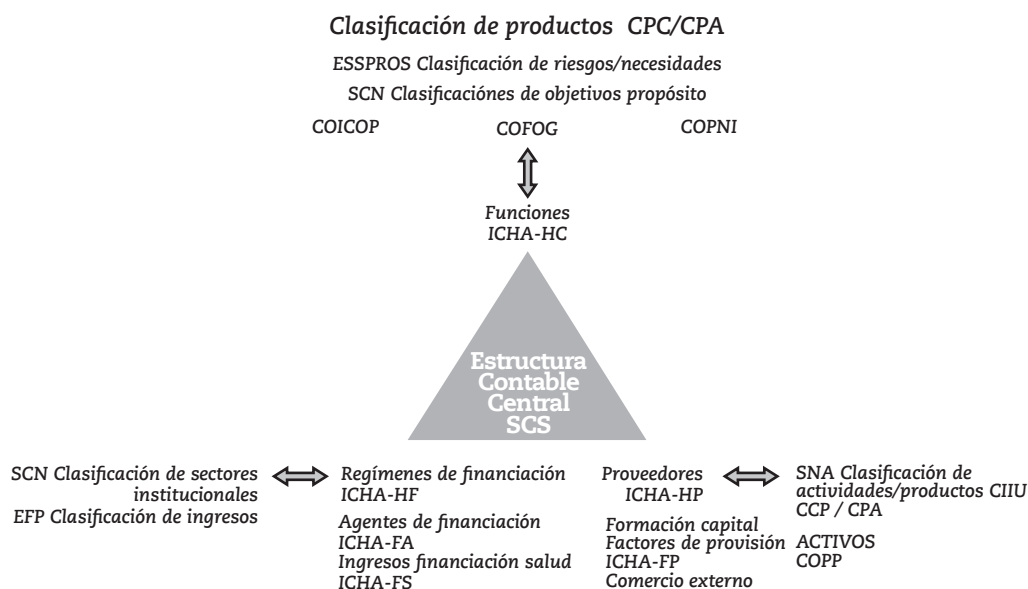
El gráfico A.1.1 es un ejemplo ilustrativo de algunas de las posibles conexiones entre clasificaciones del SHA y las clasificaciones internacionales utilizadas por otros sistemas estadísticos que incluyen la información sobre el gasto en salud. Desde la perspectiva del SCN, la parte superior del triángulo representa la demanda final de bienes y servicios de salud de la población residente, mientras que la parte inferior derecha refleja la oferta de servicios de salud. La oferta y la demanda están equilibrados en las cuentas de bienes y servicios del SCN e incluyen las importaciones, exportaciones, la acumulación y el uso intermedio. Para equilibrar estos flujos, se utiliza la clasificación de productos (véase Anexo E). La segunda clasificación utilizada en el SCN para estructurar la oferta y el uso es la Clasificación Industrial de Actividades Económicas (CIAE), que clasifica empresas y establecimientos por ramas de actividad. Además, para analizar el comportamiento económico, estas empresas y establecimientos se clasifican para que sean “unidades institucionales” mutuamente excluyentes, que se agrupan en “sectores institucionales” en las cuentas por sectores del SCN. Los proveedores

¹ SNA 93 incluye cuatro clasificaciones del gasto según su objetivo (anteriormente denominada clasificaciones funcionales).

en el SHA y los sectores institucionales del SCN pueden estar conectados a través de los grupos de proveedores según las normas del SCN. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el SHA clasifica cada organismo de financiamiento (salvo los hogares) en unidades estadísticas independientes (HP.7) y esquemas de financiamiento (HF) – mientras que el SCN los clasifica como una sola unidad institucional agrupada en uno de los cinco sectores institucionales y otros subsectores (véase explicación en la tabla A.1.12).²

El triángulo en su parte inferior izquierda refleja la posible relación del financiamiento con la Clasificación de Sectores Institucionales y las Estadísticas de Finanzas Públicas (EFP) del SCN, la Clasificación de los Sectores Institucionales y las Estadísticas de Finanzas Públicas (EFP) Clasificación de Ingresos. Como se menciona más adelante en este anexo, los esquemas de financiamiento (HF) y los agentes de financiamiento (FA) utilizados en el SHA no son los mismos que las empresas de financiamiento de la clasificación de sectores del SCN (véase tabla A.1.11). Las directrices sobre las EFP (FMI, 2001) se han armonizado en lo posible con las del SCN. Tanto las EFP como el SCN definen las entidades económicas en términos de unidades institucionales que poseen activos, que tienen determinados pasivos y que realizan actividades económicas y transacciones con otras entidades por derecho propio. Estas características convierten a las unidades institucionales en objeto de interés estadístico y económico para un conjunto de cuentas, incluidas las hojas de balance (véase anexo B).

Gráfico A.1.1. **Correspondencia entre las clasificaciones del SCN/SEEPROS y SHA**



Fuente: IHAT para SHA 2011.

² La razón por la que se utilizan diferentes métodos en SHA y SNA es porque el interés del SHA es el gasto total en servicios de salud, mientras que el SCN genera cuentas sobre producción, que se calcula utilizando la fórmula siguiente: primas efectivas recaudadas más suplementos de las primas menos indemnizaciones ajustadas, donde las indemnizaciones ajustadas se calculan según experiencia acumulada, para eliminar las variaciones volátiles en las indemnizaciones (SCN 2008, 17.27).

Las tablas de correspondencia en este anexo se centran en las clasificaciones internacionales, que se pueden considerar la estructura mínima de los gastos. Los sistemas estadísticos nacionales trasladan o adaptan en la práctica estructuras de los sistemas internacionales a las estadísticas nacionales. Sin embargo, aunque determinados dominios estadísticos de los sistemas nacionales pueden ofrecer estructuras más detalladas que las requeridas en la estructura de clasificaciones internacionales, en otros casos puede que no se disponga de datos suficientes por distintas razones, como pueden ser el desarrollo histórico de los sistemas estadísticos, las diferentes estructuras sociales y económicas o las prioridades políticas. Por tanto, las tablas de correspondencia presentadas sólo son una referencia aproximada que puede ser desarrollada según las condiciones de cada país.

Agregados de gasto en salud del SCN y SEEPROS y su relación con el SHA

Los agregados relativos al gasto en salud de otros sistemas estadísticos como el SCN y SEEPROS son diferentes a los del SHA debido al alcance de los bienes y servicios de salud incluidos, los tipos de transacciones seleccionados y los métodos de estimación utilizados. A continuación se describen las principales diferencias entre los agregados del SCN y el SHA. Las tablas de correspondencia de este anexo dan información más detallada al respecto.

Los diez agregados del SCN y SEEPROS presentados, muestran el consumo, provisión y financiamiento de los servicios de salud según estos dos sistemas estadísticos. Los agregados no son necesariamente diferentes; sin embargo, su interpretación varía dependiendo de la perspectiva elegida. Por ejemplo, los agregados del SCN (1) y (2) de la tabla A.1.1 presentan el mismo agregado del SCN desde diferentes perspectivas de consumo. Los dos agregados SEEPROS (5) de la tabla A.1.1 y (10) de la tabla A.1.4 también son idénticos, salvo que en el primer caso se interpreta desde el punto de vista del consumo y en el segundo, del financiamiento. Dado que las clasificaciones varían según su perspectiva o propósito, los agregados expresan diferentes modelos.

Agregados de salud del SCN y SEEPROS por función (propósito)

Con las clasificaciones por propósitos, el SCN permite calcular varios agregados del consumo de servicios de salud. La tabla A.1.1 presenta cuatro de ellos: (1) Gasto en consumo final de salud, (2) Consumo final efectivo de servicios de salud, (3) Consumo final individual efectivo de servicios de salud y (4) Consumo final colectivo efectivo de servicios de salud. Cualquier comparación de estos agregados del SCN con los del SHA debe tener en cuenta los objetivos de las cuentas (consumo final frente a consumo real), los tipos de transacciones incluidas (compra de bienes y servicios de consumo frente a compra de bienes de capital) y definición de servicios de salud (atención exclusivamente de salud frente a atención de salud y social).

Dos de ellos, es decir **(1) Gasto en consumo final de servicios de salud** y **(2) Consumo final real de servicios de salud**, se calculan desde dos perspectivas diferentes: “quién gasta” (gasto en consumo final, que se relaciona con la cuenta de ingresos disponibles) y “quién consume” (consumo final efectivo, relacionado con el uso de la cuenta de ingresos ajustados disponibles). Los agregados de los dos conceptos son iguales (véase Cuadro B.1.1 del Anexo B). Sin embargo, en el

primer caso todos los gastos en servicios de salud de la administración pública se presentan como consumo de la administración pública. En el segundo caso, todos los gastos públicos generales que, por la naturaleza de sus servicios, se prestan a personas, se presentan como consumo de los hogares. En consecuencia, el desglose de los gastos por objetivos es el mismo en los dos agregados, pero difieren en cuanto al desglose del consumo por sectores institucionales (Hogares, ISFLSH, Administración pública). El gasto de las administraciones públicas y las ISFLSH en consumo individual también se denomina “transferencias sociales en especie”.³

Ambos agregados (1) Gasto en consumo final de servicios de salud y (2) Consumo final efectivo de servicios de salud son diferentes al agregado del SHA “Gasto corriente en salud” porque el límite de lo que se considera servicios de salud es diferente, lo que provoca que varias actividades no se incluyan en la COFOG ni en la COICOP. Además se ha tenido en cuenta la medicina del trabajo y la producción de los hogares “remunerada” no pagada del SHA, en relación con la asistencia social (véase Tabla A.1.1).

Los agregados **(3) Consumo individual efectivo de servicios de salud** y **(4) Consumo colectivo de servicios de salud** son sub-agregados⁴ de (2) Consumo final efectivo de servicios de salud. Las estadísticas nacionales incluyen más información sobre el desglose (3) Consumo individual efectivo de servicios de salud basado en la COICOP y consumo colectivo efectivo de servicios de salud basado en la COFOG. Hay que tener en cuenta que algunas transferencias sociales en especie, recogidas en (3) las pueden recibir los no residentes, como por ejemplo los tratamientos médicos de urgencia en un hospital público a un turista no residente, pero el SCN supone que las cifras son muy pequeñas comparadas las transferencias sociales en especie totales y que todas las transferencias sociales en especie pueden aparecer como a pagar a los hogares residentes.⁵ El SHA sin embargo considera consumo individual efectivo de los hogares solo las transferencias en especie a los residentes y consumidas por los residentes. Por tanto, desde el punto de vista del SHA: los agregados consumo final efectivo y consumo final, así como los sub-agregados no son idénticos.⁶

El agregado del SCN P.42 Consumo colectivo real de servicios de salud cubre los servicios colectivos de servicios de salud que forman parte del HC.6 Atención preventiva y HC.7 Gobernanza y administración de el financiamiento y del sistema de salud. Es necesario tener en cuenta que algunos países clasifican la administración

³ “Todo el consumo individual de la administración pública se considera transferencias sociales en especie en la redistribución de la cuenta de la renta en especie y en la cuenta de utilización de la renta disponible ajustada”. (SCN 2008, 9.95).

⁴ El párrafo del SCN 2.104: “El consumo final efectivo de los hogares cubre bienes y servicios que están a disposición para el consumo individual de los hogares, sin tener en cuenta si el gasto lo soporta la administración pública, las NPISH o los hogares. El consumo final efectivo de la administración y las NPISH es igual al gasto en consumo menos las transferencias sociales en especie, o, en otras palabras, el consumo colectivo”.

⁵ Véase SCN 2008, 9.16.

⁶ En el SCN, el consumo colectivo efectivo (P42) es igual al consumo final colectivo (P32) por definición, lo que quiere decir que “quien consume” es igual a “quien gasta” servicios colectivos. En el SHA, los conceptos de “quien consume” y “quien gasta” pueden llevar a cifras diferentes. Por ejemplo, los costos de administración del tratamiento de extranjeros en hospitales de un país, que se deben restar en el SHA, porque lo que le interesa al SHA es el consumo de los residentes.

Tabla A.1.1. **Agregados del SCN y SEEPROS de servicios de salud en relación al consumo**

No	Agregado	Sistema estadístico	Información generada	Diferencia con el SHA
(1)	Gasto en consumo final de servicios de salud	SCN	P.31 Consumo individual de salud + P.32 Consumo colectivo de salud = P31-Consumo individual de los hogares de salud + P31-ISFLSH* consumo individual de salud + P31-Consumo individual de salud del gobierno (parte de COFOG 07) P32-Consumo colectivo de salud del gobierno (parte de COFOG 07)	SHA además incluye a) Salud ocupacional (consumo intermedio en los establecimientos) menos una parte estimada de la salud ocupacional en la administración neta de proveedores de salud y otras ramas de actividad médica. b) Producción "remunerada" no pagada de los hogares en forma de transferencias (prestaciones sociales en metálico) para cuidados domiciliarios de larga duración de los enfermos, personas con discapacidades y mayores, prestados por familiares. c) "Actividades de servicios de salud" no clasificadas como servicios de salud en el SCN, por ejemplo, servicios de salud en instituciones de asistencia social, o la administración del seguro social. Los límites en el SCN los determinan la COICOP y COFOG.
(2)	Consumo final efectivo de servicios de salud	SCN	P.41 Consumo individual efectivo de servicios de salud + P.42 Consumo colectivo efectivo de servicios de salud = 06 COICOP Hogares +13.2 COICOP ISFLSH +14.2 COICOP Administración + COFOG 07.5 y 07.6	El agregado del SCN en salud no comprende los gastos cubiertos en las categorías para otros propósitos, por ejemplo, gastos de administración de seguros privados. Véase en tablas A.1.5 y A.1.6 una correspondencia detallada entre HC y COICOP, COFOG.
(3)	Consumo individual efectivo de servicios de salud	SCN	06 COICOP Hogares +13.2 COICOP ISFLSH +14.2 COICOP Gobierno	El agregado del SCN incluye los gastos reembolsados por los seguros privados (excluidos los de administración). Incluye las transferencias sociales en especie como consumo de los hogares mientras que los gastos en consumo final cubren las transferencias sociales en especie en consumo del gobierno.
(4)	Consumo colectivo efectivo de servicios de salud	SCN	COFOG 07.5 y 07.6	El agregado del SCN en consumo colectivo se puede calcular a partir del consumo colectivo en el SHA, que incluye los programas de prevención (parte de HC.6), y el financiamiento/administración del sistema de salud (HC.7). La investigación y desarrollo en salud (COFOG 07.5) no se registra en la estructura básica del SHA sino en la partida debajo de la línea de la cuenta de capital.
(5)	Gasto en protección social en especie en salud/enfermedad	SEEPROS	Servicios de salud/enfermedad Prestación en especie	El agregado en la SEEPROS incluye las prestaciones en especie relacionadas con la provisión directa y reembolso de bienes y servicios de servicios de salud, aunque debido a los límites diferentes, el alcance de los bienes y servicios de salud en SEEPROS es limitado, comparado con el SHA 2011 (por ejemplo, el SHA incluye el gasto en programas de prevención, servicios de atención de larga duración (salud) prestados al hogar por los miembros de la familia, registrando estos últimos en prestaciones en efectivo de atención de salud/enfermedad. Otras funciones en SEEPROS pueden comprender gastos que en el SHA 2011 se incluyen como bienes y servicios de salud.

* El SCN 2008 permite el consumo colectivo en salud P32-ISFLSH*. Véase SCN 2008, p. 598: "Es posible que las ISFLSH tengan consumo colectivo, aunque no hay que dedicar mucho esfuerzo a tratar de identificar dichos ejemplos".

Fuente: IHAT para SHA 2011

de los seguros sociales de enfermedad en COFOG 10 Protección social, y otros en COFOG 01 Administración general.

El último agregado de servicios de salud que se comenta en este anexo es **(5) Gasto en protección social en especie de atención de salud y enfermedad** basado en SEEPROS. Este agregado también es diferente en el SHA 2011, en cuanto a los bienes y servicios de salud incluidos, ya que cubre sólo el gasto de las personas – a través de prestaciones sociales en especie. En consecuencia, por definición no se incluye ni el gasto directo de los hogares, ni el gasto en servicios colectivos de atención preventiva. Además, están excluidas las prestaciones en efectivo, en el caso de atención de larga duración de los hogares como proveedores de atención domiciliaria. El desglose del gasto en servicios de salud y la información en los sistemas estadísticos varía significativamente, por lo que no existe una relación biunívoca. Tanto el SHA como SEEPROS utilizan la información estadística en los esquemas de financiamiento, aunque el alcance de los regímenes no sea el mismo. En SEEPROS, las prestaciones las concede el gobierno o cualquier tipo de contrato colectivo a través de los regímenes organizados de forma colectiva, con independencia de si se administran de forma pública o privada. [Véase Correspondencia entre la clasificación de servicios de salud por funciones (ICHA-HC) y la SEEPROS.] Por tanto, cualquier acuerdo individual, es decir hogares privados o personas que contraten un seguro por iniciativa propia (por ejemplo, seguros médicos privados voluntarios, gastos directos) no se tienen en cuenta en SEEPROS. Una sección en este anexo detalla la correspondencia entre ICHA-HC y SEEPROS.

El agregado de salud en la COFOG, incluye todos los gastos del gobierno con un motivo de salud.⁷ Incluye el conjunto de gastos de la administración pública, como los gastos en asalariados, gestión de residuos, energía, depreciación, etc., en hospitales públicos, fondos de seguro social de enfermedad para el tratamiento en hospitales privados, gastos de la administración central en la formación bruta de capital, subvenciones, renta de la propiedad, patrimonio neto, préstamos, transferencias de capital, así como prestaciones sociales en efectivo y otras transferencias corrientes, gastos farmacéuticos y gastos en productos médicos no perecederos, perecederos y equipos (véase tabla A.1.2). El gasto en la categoría 07 Salud de la COFOG es de mayor cuantía que el que aparece en la categoría 14.2 Administración de la COICOP, porque este último incluye solo los gastos en consumo individual final (véase tabla A.1.2, “Gasto público en salud (COFOG 07)” y “gasto en consumo final en salud (COICOP Administración)”).

⁷ Véase en NU (2000), tabla 2.1, un listado detallado de todas las categorías de transacciones en COFOG

Tabla A.1.2. **Gasto público en salud (COFOG) por categorías en Austria, 2009**
(en millones de euros)

Código	ESA 1995 (administración general)	7	7,1	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6
		Salud	Bienes médicos, dispositivos y equipos	Servicios ambulatorios	Servicios hospitalarios	Servicios de salud pública	I+D en salud	Salud n.e.p.
P.5 +	Formación bruta de capital +	142,6	-	25	63,5	3,5	24,4	26,2
K.2	Adquisiciones y enajenaciones de activos no financieros no producidos							
D.1	Remuneración de empleados	2117,7	0	406	514,4	178,3	309,5	709,4
D.3	Subvenciones	4665,0	23,9	133,9	4456,5	0,8	49,8	
D.4	Renta de propiedades							
D.62 +	Prestaciones sociales que no sean transferencias sociales en especie	142,6	-	25	63,5	3,5	24,4	26,2
D.6311 +	Prestaciones de la seguridad social, reembolsos	13769,6	3281,5	3999,3	6328,1	160,7		
D.63121 +	Otras prestaciones en especie de asistencia social, cuyo servicio lo prestan los productores de mercado y lo compran las unidades de la administración general							
D.63131	Prestaciones en especie de asistencia social, cuyo servicio lo prestan los productores de mercado y lo compran las unidades de la administración general							
P.2	Consumo intermedio	836,8	2,3	109	244,1	161,3	112,7	207,4
D.29 +	Otros impuestos sobre la producción, a pagar +	60,9	-	11,4	17,7	4,3	9,3	18,2
D.5 +	Impuestos corrientes sobre los ingresos y el patrimonio, a pagar +							
D.8	Ajuste de variación en el patrimonio neto de los hogares en las reservas de los fondos para las pensiones							
D.7	Prestaciones sociales que no sean transferencias sociales en especie	293	12,8	114,8	114,6	42,8	4,3	3,7
D.9	Transferencias de capital	636	-	16,6	615,5	1,1	2,9	
	Gastos públicos (gasto =TE) en salud (COFOG 07)	22521,6	3320,4	4816	12354,5	552,8	512,9	964,9
TE	Gasto público total (todo COFOG)	143526,7						
P.3	Gasto en consumo final en servicios de salud (COICOP – Administración)	15541,2	3283,8	4115	6359,4	448,2	368,3	966,6
P.31	Gasto en consumo público individual de administración de servicios de salud	13758,2						
P.32	Gasto en consumo público colectivo de servicios de salud	1334,9						
P.3	Gasto en consumo final (COIPCOP – Administración)	54610,7						

Fuente: Base de datos de Eurostat.

Agregados de salud del SNA por proveedor

Desde la perspectiva de la provisión de servicios de salud, el SCN calcula distintos agregados basados en la clasificación CIIU (Rev. 4) de actividades económicas, sobre todo las registradas en la categoría 86 Actividades de salud humana, es decir **(6) Producción de actividades de salud humana a precios básicos y (7) Valor bruto agregado de las actividades de salud humana**. La medida de la producción presentada en el SCN de las actividades de salud según los límites de la división 86 de la CIIU incluye 8610 Actividades hospitalarias, 8620 Actividades médicas y dentales y 8690 Otras actividades de salud humana, aunque cada una de estas partidas puede incluir actividades no de salud (que son actividades secundarias) o determinados servicios como cirugía cosmética por motivos estéticos, que en ambos casos no se considera servicios de salud en el SHA 2011. Por otra parte, el concepto en el SHA es más amplio que en la CIIU (división 86), ya que remite a otras categorías de la CIIU, por ejemplo, 8710 Establecimientos residenciales de servicios de enfermería, 4772 Venta al por menor de productos farmacéuticos, 8412 Regulación de actividades de provisión de servicios de salud y 6512 Seguros no de vida. En general, la cuantía del agregado actividades de la salud según se define en la CIIU, división 86, es menor que el gasto en salud corriente en el SHA. La tabla A.1.10 presenta la correspondencia entre la clasificación de proveedores de servicios de salud ICHA-HP (Capítulo 6) y la clasificación de actividades de la CIIU de servicios de salud.

Las demás desviaciones se deben al hecho de que el agregado “Producción” en el SCN incluye la producción de los no residentes, mientras que el SHA se centra en el consumo de los residentes. Además, también hay diferencias conceptuales en cuanto a precios. Los insumos intermedios y el consumo final se miden a precios de adquisición, mientras que la producción se mide a precios básicos, o a precios de producción. Por el contrario, el SHA se centra en precios de adquisición con algunos ajustes.

Tabla A.1.3. **Agregados de salud del SCN por rama de actividad del proveedor**

No	Agregado	Sistema estadístico	Información generada	Diferencia con el SHA
(6)	Producción de actividades de salud a precios básicos (o precios del productor)	SCN	86 CIIU	En el SCN, este agregado no incluye algunas actividades de salud, por ejemplo la venta al por menor de productos farmacéuticos; véase en tabla A.1.10 una correspondencia entre ICHA-HP y CIIU. Se incluyen los servicios de salud utilizados por los no residentes (exportaciones); no se incluyen los servicios de salud importados
(7)	Valor agregado bruto de las actividades de salud a precios básicos	SCN	86 CIIU	En el SCN, este agregado no incluye el valor agregado de algunas actividades consideradas servicios de salud, por ejemplo la venta al por menor de productos farmacéuticos; véase más arriba. Véase también Capítulo 10 y Anexo B.

Fuente: IHAT para SHA 2011.

El agregado **(7) Valor añadido bruto de las actividades de la salud** a precios básicos es la medida central en el SCN, derivada del saldo contable en la cuenta de producción. El valor añadido bruto es igual a la producción (a precios básicos) menos el consumo intermedio (a precios de adquisición).⁸ El valor añadido bruto representa lo que aporta la mano de obra y el capital al proceso de producción. Aunque la cuenta básica del SHA no mide el valor añadido, hay que tener en cuenta que la medida del consumo final en el SCN es también una medida del valor añadido creado por las actividades económicas.

Los agregados de servicios de salud en el SCN en la tabla A.1.3 no están definidos por objetivos, sino por actividades. El SCN normalmente contiene más información sobre actividades y productos. La tabla A.1.7 presenta la correspondencia entre la clasificación funcional del SHA y la Clasificación Central de Productos (CCP) del SCN.

Agregados de salud del SCN y SEEPROS por financiamiento

En el apartado de financiamiento del SCN se puede crear un conjunto específico de agregados de salud. Para ello, hay que utilizar las clasificaciones de objetivos junto con la de sectores institucionales.

El SCN muestra la estructura del financiamiento de servicios de salud (“quién gasta”) en el desglose de gastos en consumo final por sectores institucionales, hogares, ISFLSH y gobierno, junto con los expresados como consumo privado⁹ y consumo público.

El agregado del SCN **(8) Gasto en consumo final de salud de los hogares** corresponde en gran medida con el gasto registrado en varias categorías de los esquemas de financiamiento de la clasificación del SHA 2011, es decir HF.1.1.2 Seguro privado obligatorio + HF.1.3 Cuentas de ahorros médicos obligatorios + HF.2 Regímenes de pagos voluntarios de servicios de salud + HF.3 Pagos directos de los hogares. Como en el SCN las sociedades no registran el consumo, los gastos del seguro privado y las cuentas de ahorros médicos se tratan como reembolsos.¹⁰

Los reembolsos¹¹ del seguro médico privado se hacen para pagar una reclamación de una compañía de seguros, y se tratan como una transferencia corriente al demandante, y en consecuencia se incluye en el agregado de consumo individual de los hogares en el SCN. Por tanto, los gastos en salud directos financiados en el SHA son un agregado menos completo que los gastos de los hogares en el SCN. En el SHA, el término “Pagos directos de los hogares (HF.3)” incluye los gastos directos, excluidos los costes compartidos y costes compartidos con terceros.

⁸ Cuando el consumo de capital fijo se deduce adicionalmente, el resultado es el valor agregado neto.

⁹ El gasto en consumo final de las ISFLSH normalmente se incluye en el gasto en consumo de los hogares.

¹⁰ En el SCN, no se registra consumo final de las sociedades, porque las sociedades no se consideran usuarios finales de bienes y servicios, salvo de productos de capital (véase SCN 2008, A4.16).

¹¹ “Un caso especial de prestaciones a pagar en especie es el de los reembolsos, cuando el hogar realiza un gasto en efectivo, pero el gobierno reembolsa la totalidad o parte del mismo. Por ejemplo, cuando se realiza un pago por un empleado u otro miembro del hogar residente por prestaciones de salud o de educación que después reembolsa el gobierno, no aparecen como prestaciones del seguro social y por tanto como remuneración de los asalariados, sino como parte del gasto del gobierno en servicios de salud prestados a los hogares individuales. El gasto del gobierno en servicios individuales es parte del gasto público en consumo final y no parte del gasto en consumo final de los hogares ni remuneración de los asalariados” (SCN 2008, 8.104).

El agregado del SCN **(9) Gastos públicos en salud** derivado de la COFOG 07 es una medida completa de los gastos en salud financiados públicamente. Refleja los gastos públicos con una función de “salud”. Sin embargo, no se corresponde con los gastos corrientes en servicios de salud financiados por los esquemas gubernamentales (HF.1.1) ni los esquemas de seguros sociales de enfermedad (HF.1.2.1), por tres motivos: i) el límite de consumo de salud de la COFOG es diferente en el SHA; por ejemplo, en los servicios de asistencia a las personas incluidos; ii) el SHA se centra específicamente en el consumo de la población residente; y iii) el COFOG incluye los gastos de transacciones no de consumo, como por ejemplo la formación de capital.

El agregado (10) Financiamiento de la protección social en especie de los servicios de salud y enfermedad de SEEPROS es igual a (5) Gasto en protección social en especie de la atención en salud y enfermedad.

Tabla A.1.4. **Agregados de salud del SCN y SEEPROS relativos al financiamiento**

No	Agregado	Sistema estadístico	Información generada	Desviación con respecto al SHA
(8)	Gasto en consumo final de salud de los hogares	SCN	06 COICOP Hogares	06 COICOP incluye el gasto de los hogares no incluidos en pagos directos de los hogares (HF.3) como pagos anticipados de atención médica o productos farmacéuticos que los reembolsan las compañías de seguros privados. COICOP 06 es por tanto un agregado más completo. En el SCN, los gastos de los hogares a veces incluyen las ISFLSH (02 COPNI).
(9)	Gasto público en salud	SCN	07 COFOG	El agregado 07 COFOG se refiere a los regímenes públicos (HF.1.1) y a los regímenes de seguro social de enfermedad (HF.1.2.1), pero incluye las transacciones para fines no de consumo, como la formación de capital, los gastos de los no residentes y el ámbito de los servicios cubiertos.
(10)	Financiamiento de protección social en especie de la servicios de salud y enfermedad	ESSPROS	1. Atención salud/enfermedad (prestaciones en especie)	SEEPROS incluye los regímenes públicos (HF.1.1) y los regímenes del seguro social de enfermedad (HF.1.2.1) así como los regímenes de seguro privado obligatorio (HF.1.2.2). El agregado de SEEPROS no incluye el seguro privado voluntario (solo el obligatorio) y los pagos directos.

Fuente: IHAT para SHA 2011.

Correspondencia entre las clasificaciones funcionales del SHA y SCN

Resumen

El SCN aplica varias clasificaciones “funcionales” a las transacciones básicas del consumo, para clasificarlas por propósito como salud, educación, defensa, etc. Las principales clasificaciones por objetivos son:

- La Clasificación del Consumo Individual por Propósito (COICOP);
- La Clasificación de Funciones del Gobierno (COFOG);
- La Clasificación de los Propósitos de las Instituciones sin Ánimo de Lucro que Sirven a los Hogares (COPNI);¹² y
- La Clasificación de Gastos de los Productores por Propósito (COPP)

¹² Por definición, los otros dos sectores institucionales del SCN – sociedades no financieras y sociedades financieras – no pueden consumir.

Las tres primeras se pueden utilizar para hacer análisis parciales del consumo en servicios de salud. Estas tres clasificaciones son compatibles entre sí en cuanto a los bienes y servicios de salud cubiertos. Sin embargo, se refieren a diferentes sectores institucionales (hogares, gobierno e ISFLSH), por lo que el cálculo de un total para toda la economía tiene que tener en cuenta estas diferencias (SCN 2008, 2.154). La última de estas cuatro clasificaciones (COPP) de transacciones por objetivos del SCN se utiliza para clasificar los gastos en consumo intermedio, y por tanto no se presenta en este anexo. Para identificar todas las transacciones relativas a una actividad “funcional” concreta, como por ejemplo salud, el SCN recomienda desarrollar más esta clasificación en una cuenta satélite, fuera de la estructura central. La tabla A.1.5 muestra una vista general de la correspondencia entre categorías de servicios de salud en el SHA y las tres clasificaciones del SCN mencionadas anteriormente.

La parte de gasto en salud de las tres clasificaciones, COICOP, COFOG y COPNI, siguen patrones similares, estructurando los gastos en categorías de bienes de salud y categorías de servicios de salud, aunque utilizan códigos y niveles de detalle diferentes. También es importante tener en cuenta los puntos de coincidencia entre las clasificaciones en la tabla A.1.5. La razón es que la COICOP tiene que calcular el consumo utilizando dos métodos: gasto en consumo final y consumo final efectivo. En el caso de gasto en consumo final, se utilizan las columnas (1), (4) y (5), y en el caso de gasto en consumo final efectivo, se utilizan las columnas (1), (2) y (3) y parte del consumo colectivo de la columna (4). La intención de la tabla A.1.5 es presentar la relación entre HC y estas clasificaciones internacionales del SCN, pero no la relación de estas clasificaciones internacionales entre sí. Por ejemplo, HC.6.1 Atención preventiva se refiere a 14.2.8 Servicios públicos de salud con referencia a “servicios individuales” (SI), según se especifica en COFOG 07.4.0, pero en el apartado HC.6.1 hay que tener en cuenta parte del gasto clasificado en COFOG Código 07.6.0 Salud n.e.p. como un tipo preventivo de “servicios colectivos” (SC) que se puede correlacionar con la parte colectiva de la información, educación y programas de asesoramiento (IEC).

Tabla A.1.5. **Cruce de la clasificación de funciones de salud (ICHA-HC) con las clasificaciones del SCN**

ICHA-HC	Títulos	COICOP Hogares (1)	COICOP ISFLSH (2)	COICOP Administración (3)	COFOG (4)	COPNI (5)
HC.1	Atención curativa					
HC.1.1	Atención curativa con internamiento	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.1.2	Atención curativa de día	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	06.2	--	--	07.2	02.2
HC.1.3.1	Atención curativa general ambulatoria	06.2.1	13.2.4	14.2.4	07.2.1	02.2.1
HC.1.3.2	Atención curativa dental ambulatoria	06.2.2	13.2.5	14.2.5	07.2.3	02.2.2
HC.1.3.3	Atención curativa especializada ambulatoria	06.2.1	13.2.6	14.2.4	07.2.2	02.2.1
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria	06.2.1, 06.2.3	13.2.4, 13.2.6	14.2.4, 14.2.6	07.2.1, 07.2.3, 07.2.4	02.2.1, 02.2.3
HC.2	Atención de rehabilitación					
HC.2.1	Atención de rehabilitación con internamiento	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.2.2	Atención de rehabilitación de día	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria	06.2.3, 06.2.1	13.2.6, 13.2.4	14.2.6, 14.2.4	07.2.2, 07.2.4	02.2.1 02.2.3
HC.2.4	Atención de rehabilitación domiciliaria	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4, 07.3.4	02.2.3
HC.3	Atención de larga duración (salud)					
HC.3.1	Atención de larga duración con internamiento (salud)	06.3, 12.4.0	13.2.7	14.2.7	07.3, 10.1.2	02.3
HC.3.2	Atención de día de larga duración (salud)	06.3, 12.4.0	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.3.3	Atención de larga duración ambulatoria (salud)	06.3, 12.4.0	13.2.7	14.2.7	07.2.4	02.2.3
HC.3.4	Atención de larga duración domiciliaria (salud)	06.3, 06.2.3, 12.4.0	13.2.7, 13.2.6	14.2.7, 14.2.6	07.2.4, 10.1.1, 10.2.0	02.2.3, 02.3
HC.4	Servicios auxiliares no especificados por función					
HC.4.1	Servicios de laboratorio	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.4.2	Servicios de imagenología n.e.f.	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.4.3	Transporte de pacientes n.e.f.	06.2.3, 06.3	13.2.6, 13.2.7	14.2.6, 14.2.7	07.2.4, 7.3	02.2.3, 02.3
HC.5	Bienes médicos no especificados por función					
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos					
HC.5.1.1	Medicamentos con prescripción	06.1.1	13.2.1	14.2.1	07.1.1	02.1.1
HC.5.1.2	Medicamentos de venta directa (MVD)	06.1.1	13.2.1	14.2.1	07.1.1	02.1.1
HC.5.1.3	Otros productos médicos perecederos	06.1.2	13.2.2	14.2.2	07.1.2	02.1.2
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos					
HC.5.2.1	Gafas y otros productos para la visión	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.2	Dispositivos ortopédicos y otras prótesis	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.3	Audífonos	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.4	Todos los demás productos médicos no perecederos incluidos los dispositivos médicos técnicos	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.6	Atención preventiva					
HC.6.1	Programas de información, educación y asesoramiento		13.2.8	14.2.8	07.4, 07.6	02.4

Tabla A.1.5. **Cruce de la clasificación de funciones de salud (ICHA-HC) con las clasificaciones del SCN (contd.)**

ICHA-HC	Títulos	COICOP Hogares (1)	COICOP ISFLSH (2)	COICOP Administración (3)	COFOG (4)	COPNI (5)
HC.6.2	Programas de inmunización		13.2.8	14.2.8	07.4, 07.6	02.4
HC.6.3	Programas de detección precoz de enfermedades		13.2.8	14.2.8	07.4, 07.6	02.4
HC.6.4	Programas de supervisión del estado de salud		13.2.8	14.2.8	07.4, 07.6	02.4
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y enfermedades		13.2.8	-	07.6	02.4
HC.6.6	Preparación para programas de respuesta en casos de desastres y emergencias		13.2.8	-	07.6	02.4
HC.7	Gobernanza, administración del financiamiento del sistema de salud					
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud:	-	13.2.8	-	07.6.0	02.6
HC.7.2	Administración del financiamiento de la salud	12.5.3	13.2.8	-	07.6.0	02.6
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en ninguna parte (n.e.p.)					
HC.RI	Partidas de notificación (debajo de la línea)					
HC.RI.1	Gasto farmacéutico total (GFT)					
HC.RI.2	Medicinas Tradicionales, Complementarias y Alternativas (MTCA)					
HC.RI.2.1	MTCA con internamiento					
HC.RI.2.2	MTCA ambulatoria y domiciliaria					
HC.RI.2.3	Productos de MTCA					
HC.RI.3	Servicios de prevención y salud pública					
HC.RI.3.1	Salud infantil y maternal, planificación y asesoramiento familiar	--	13.2.8	14.2.8	07.4	02.4
HC.RI.3.2	Servicios de salud escolar	--	13.2.8	14.2.8	07.4	02.4
HC.RI.3.3	Prevención de las enfermedades transmisibles	--	13.2.8	14.2.8	07.4	02.4
HC.RI.3.4	Prevención de las enfermedades no transmisibles	--	13.2.8	14.2.8	07.4	02.4
HC.RI.3.5	Salud ocupacional	--	--	--	--	--
HC.RI.3.6	Todos los demás servicios de salud pública	--	13.2.8	14.2.8	07.4, 07.6.0	02.4
HC.R	Categorías relacionadas con la salud					
HC.R.1	Atención de larga duración (social)	12.4.0	13.5.0	14.5.0	10.1.1, 10.1.2, 10.2.0, 10.7.0, 10.9.0	05.1
HC.R.1.1	Atención de larga duración social en especie	12.4.0	13.5.0	14.5.0	10.1.1, 10.1.2, 10.2.0, 10.7.0, 10.9.0	05.1
HC.R.1.2	Atención de larga duración social prestaciones en efectivo			14.5.0	10.1.2	
HCR.2	Promoción de la salud con un modelo multisectorial	-	13.6.3	-	05	08.1.0

n.e.p.: no clasificados en ninguna otra parte; n.e.f.: no especificado por función; n.e.e.: no especificado por especie.
Fuente: Versión actualizada de la Tabla 9.5 del SHA 1.0 Clasificación cruzada de la ICHA-HC y el SCN 93.

La COICOP se utiliza para clasificar el gasto en consumo individual no solo de los hogares, sino también de las Instituciones sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (ISFLSH) y el Gobierno General.¹³

- Divisiones 01 a 12: Gasto en consumo individual de los hogares;
- División 13: Gasto en consumo individual de las ISFLSH;
- División 14: Gasto en consumo individual de la administración general.

El objetivo del desglose de las divisiones 13 y 14 de la COICOP es el mismo que las clasificaciones de las ISFLSH y Administración general, es decir, en COPNI y COFOG respectivamente. Por tanto, una vez los gastos en consumo de las ISFLSH y Administración general se hayan clasificado según la COPNI y COFOG, los gastos en consumo individual en estas dos clasificaciones se pueden transferir directamente a las divisiones 13 y 14 de la COICOP.

En la división de salud, la COICOP distingue tres grupos: bienes médicos, servicios ambulatorios y servicios hospitalarios. Lo mismo ocurre en la COFOG y COPNI. Pero la COFOG distingue tres grupos adicionales: Servicios de salud pública, I+D en Salud y Salud n.e.p.; la COPNI incluye tres grupos adicionales: Servicios de salud pública, I+D Salud y otros servicios de salud.

En las tres clasificaciones, hay una buena correspondencia entre productos médicos para pacientes ambulatorios (HC.5) y productos médicos en 06.1 COICOP (hogares), 02.1 COPNI y 07.1 COFOG, aunque no haya una correspondencia perfecta entre HC y COICOP, COPNI y COFOG.¹⁴ Con respecto a los servicios médicos ambulatorios y hospitalarios, ninguna de las tres clasificaciones incluye subcategorías de servicios curativos, de rehabilitación y preventivos y son demasiado agregadas para los objetivos del SHA.

COFOG (Salud 07)

En la COFOG, los gastos públicos en salud se agrupan en seis grupos y 14 clases incluyendo los bienes y servicios a personas individuales y servicios colectivos. Los gastos en servicios individuales se asignan a los grupos (07.1) a (07.4); los gastos en servicios colectivos se asignan a los grupos (07.5) y (07.6). Los servicios colectivos de salud incluyen servicios de administración y gestión de organismos públicos que realizan investigación aplicada y desarrollo experimental de asuntos relacionados con la salud (07.5) así como los relacionados con la formulación, administración, coordinación y supervisión de la política sanitaria; planes, programas y presupuestos, elaboración y puesta en vigor de la legislación y normas para la prestación de los servicios de salud, incluida la producción y difusión de la información general, documentación técnica y estadísticas de salud (07.6). Las actividades registradas en COFOG 07.5 I+D Servicios de salud no incluida en la cuenta básica del SHA. Pero,

¹³ Los gastos en consumo individual son los que se realizan en beneficio de las personas o los hogares. Todos los gastos en consumo de los hogares se definen como individuales; Las divisiones de la COICOP 01 a 12 identifican el motivo por el que se realizan estos gastos; Todos los gastos en consumo de las ISFLSH se consideran, por convención, beneficios de los hogares individuales; la división de la COICOP 13 identifica el motivo por el que se realiza el gasto de las ISFLSH; pero solo algunos gastos en consumo del gobierno general se definen como individuales (COICOP División 14).

¹⁴ Los códigos correspondientes de la COICOP (ISFLSH) son 13.2.1, 13.2.2, 13.2.3; para el COICOP (administración) 14.2.1, 14.2.2, 14.2.3.

como en el SHA, los gastos generales de administración de un grupo de hospitales, clínicas, clínicas quirúrgicas, etc., se consideran gastos individuales y se clasifican en los grupos (07.1) a (07.4), según corresponda.

En las páginas siguientes se describen los seis grupos de salud de la COFOG. En la tabla A.1.6 se da información sobre la correspondencia entre la clasificación funcional del SHA (HC) y COFOG así como las posibles desviaciones del SHA.

El grupo de la COFOG 07.1 Bienes médicos, aparatos y equipos, que tiene tres categorías 07.1.1 Bienes farmacéuticos (IS), 07.1.2 Otros productos médicos (IS) y 07.1.3 Dispositivos terapéuticos y equipos (IS), se corresponde a la categoría del SHA HC.5 Productos médicos no especificados por función. El grupo de la COFOG incluye los productos médicos con prescripción y sin prescripción. Su intención es ser consumidos o utilizados fuera de un establecimiento o institución de la salud. Dichos productos, cuando los dan los profesionales médicos, paramédicos u odontólogos a los pacientes ambulatorios, o los hospitales a los pacientes ingresados, se incluyen en Servicios ambulatorios (07.2) o Servicios hospitalarios (07.3). La COFOG no distingue entre servicios curativos, de rehabilitación, atención de larga duración y auxiliares. Para generar las subcategorías correspondientes del SHA en HC se requiere por tanto información adicional.

El grupo 07.2 Servicios ambulatorios comprende cuatro categorías 07.2.1 Servicios médicos generales (IS), 07.2.2 Servicios médicos especializados (IS), 07.2.3 Servicios odontológicos (IS) y 07.2.4 Servicios paramédicos (IS). Estos servicios ambulatorios se pueden prestar en el hogar, de forma individual o en grupo, en consultorios o en clínicas ambulatorias de hospitales o establecimientos similares. Los servicios ambulatorios incluyen los medicamentos, prótesis, aparatos y equipos médicos y otros productos relacionados con la salud dispensados directamente a los pacientes ambulatorios por los profesionales y auxiliares médicos, paramédicos y dentales. No se incluyen los copagos de los servicios públicos. Por tanto, es necesaria información adicional sobre los procedimientos que rigen estos pagos, para las partidas del SHA HC.1.3 y HC.2.3 Atención curativa y de rehabilitación ambulatoria.

Los servicios médicos, dentales y paramédicos prestados por los hospitales y establecimientos similares se incluyen en Servicios hospitalarios (07.3), que incluye cuatro categorías: 07.3.1 Servicios hospitalarios generales (IS), 07.3.2 Servicios hospitalarios especializados (IS), 07.3.3 Servicios médicos y centro de maternidad (IS) y 07.3.4 Servicios de residencias asistidas y de convalecencia (IS). El foco se dirige más a los servicios de internamiento curativos y de rehabilitación (HC1.1) y (HC.2.1) del SHA, que a los de internamiento de larga duración (HC.3.1). En el COFOG, los hospitales se definen como las instituciones que ofrecen atención de internamiento bajo supervisión directa de profesionales médicos capacitados. El internamiento se produce cuando un paciente queda alojado en un hospital el tiempo que dura el tratamiento. Cubre los servicios de los hospitales militares, los servicios de las instituciones para los ancianos en los que la supervisión médica es un componente esencial, así como los servicios de centros de rehabilitación con servicios de internamiento y terapia de rehabilitación en la que el objetivo es tratar al paciente más que prestarle un servicio de apoyo de larga duración. Los servicios de tratamiento de internamiento de día y domiciliarios están incluidos en la

COFOG 07.3, lo mismo que los centros medicalizados para los enfermos terminales. Los centros médicos, centros de maternidad, clínicas y casas de convalecencia en esquema de internamiento se registran en COFOG 07.3.3 y 07.3.4, incluso aunque sus servicios estén supervisados y los presten frecuentemente personal de menor cualificación que no sean médicos titulados. En el SHA, las residencias asistidas y de convalecencia no se clasifican como hospitales, sino como establecimientos de atención de larga duración. La COFOG 07.3 no incluye establecimientos con servicios de larga duración, como las instituciones para personas con discapacidades y centros de rehabilitación que prestan sobre todo ayudas de larga duración (10.1.2) ni los establecimientos fuera del límite establecido en el SHA, como residencias de mayores (10.2.0). Tampoco cubre los pagos a los pacientes por pérdida de ingresos debido a una hospitalización (10.1.1). Los gastos sociales de atención de larga duración se notifican en COFOG 10 Protección social.

Los servicios de internamiento incluyen los medicamentos, prótesis, aparatos médicos y otros productos relacionados con la salud suministrados a los pacientes internados. Como ocurre en el SHA, esta partida COFOG incluye también los gastos no médicos de los hospitales de administración, personal no médico, alimentación y bebidas, alojamiento (incluido el del personal) y conceptos similares.

El grupo 07.4 Servicios de salud pública de la COFOG tiene solo una categoría 07.4.0 Servicios de salud pública (IS), que comprende los servicios individuales en la provisión de servicios de salud pública, incluyendo administración, inspección, gestión o apoyo de servicios públicos, como bancos de sangre (recogida, procesamiento, almacenaje y envío), detección de enfermedades (cáncer, tuberculosis, enfermedades venéreas), prevención (inmunización, inoculación), supervisión (nutrición infantil, salud infantil), recogida de datos epidemiológicos, servicios de planificación familiar y conceptos similares; así como la preparación y difusión de la información de asuntos de salud pública. En general, este grupo incluye: servicios de salud pública prestados por equipos especiales a grupos de clientes, que en su mayoría disfrutan de buena salud, en centros de trabajo, colegios y otros establecimientos no médicos; servicios de salud pública no conectados a un hospital, clínica o profesional médico; servicios de salud pública no prestados por profesionales médicos capacitados; y laboratorios de servicios de salud pública. Excluye: laboratorios de análisis médicos (07.2.4) y laboratorios dedicados a determinar las causas de la enfermedad (07.5.0). Por ello, este grupo no se puede comparar directamente con HC.6 Atención preventiva del SHA, porque, por una parte comprende parte de servicios administrativos relacionados registrados en el SHA en HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento y del sistema de salud, y por otra puede no incluir algunos servicios preventivos colectivos que se registran en la COFOG 07.6 Salud n.e.p.

El grupo 07.5 I+D Salud con la única categoría 07.5.0 I+D Salud (CS) no forma parte de los gastos corrientes en salud y no se debe incluir en las cuentas básicas, pero se puede incluir en la partida debajo de la línea I+D en la cuenta de formación de capital. Las definiciones de investigación básica, investigación aplicada y desarrollo experimental se dan en (01.4) y (01.5) de la COFOG.

El grupo 07.6 Salud n.e.p. tiene también una sola categoría 07.6.0 Salud n.e.p. (CS), que se reserva a los servicios de salud colectivos como administración, gestión o apoyo de actividades como la formulación, administración, coordinación y supervisión de las políticas de salud, planes, programas y presupuestos; preparación y puesta en vigor de la legislación y normas para la prestación de servicios de salud, incluida la concesión de licencias a establecimientos médicos y personal médico y paramédico; y la preparación y difusión de la información general, documentación técnica y estadísticas de salud. Incluye: asuntos de salud y servicios que no se pueden encuadrar en (07.1), (07.2), (07.3), (07.4) o (07.5). En el SHA, puede que este grupo haya que dividirlo en HC.6 Atención preventiva y HC.7 Gobernanza y administración del financiamiento y del sistema de salud.

COICOP

Como se ha mencionado anteriormente, la estructura de la COICOP división 06 Salud tiene grupos similares a la COFOG para los servicios individuales. Mientras que el primer grupo 06.1 Bienes médicos, aparatos y equipos tiene las mismas categorías que la COFOG, 07.1 Bienes médicos, aparatos y equipos, los dos grupos siguientes 06.2 Servicios ambulatorios y 06.3 Servicios con internamiento, son diferentes en sus categorías. Sin embargo, cada país puede aplicar una clasificación más detallada de cada uno de sus gastos, por ejemplo, en la encuesta a los hogares. La correspondencia entre el SHA y la COICOP que aparece en la tabla A.1.6 es sólo informativa.

El segundo grupo de la COICOP 06.2 Servicios ambulatorios incluye tres categorías: 06.2.1 Servicios médicos (S), 06.2.2 Servicios odontológicos (S) y 06.2.3 Servicios paramédicos (S). El tercer grupo 06.3 Servicios hospitalarios tiene solo una categoría 06.3.0 Servicios hospitalarios (S) y ningún otro desglose en comparación con la COFOG. Los servicios de atención residencial para las personas mayores, instituciones para las personas con discapacidades y centros de rehabilitación cuya actividad principal es la ayuda de larga duración se incluyen en la COICOP en la categoría 12.4.0 Protección social (S). Como en la COFOG, no se hace ninguna distinción entre servicios de salud curativa y de rehabilitación.

Un problema para la COFOG y la COICOP es la identificación de los costos de administración relacionados con el financiamiento de los seguros privados y públicos. En el SCN, el seguro médico privado es parte de un seguro no de vida. La recogida de datos de producción de los seguros privados, importante para calcular los costos de administración en el SHA, sigue las normas establecidas para los seguros no de vida. La producción de los seguros está determinada para imitar las políticas de fijación de primas de las compañías de seguros. El método básico para medir la producción del seguro no de vida es el siguiente: La producción es igual al total de las primas más los suplementos de las primas menos las indemnizaciones ajustadas (SCN 2008, 6.185). En el capítulo 6 del SCN 2008 se puede encontrar más información. En el caso del seguro social, la producción se calcula de la misma forma que la producción no de mercado, es decir sumando sus costos. Los registros administrativos de la seguridad social y las compañías de seguros privados normalmente contienen suficiente información para poder separar las transacciones de consumo individual y de administración. La administración del seguro social y privado se corresponde de forma aproximada a la COFOG 07.6 Salud n.e.p. y la COICOP 12.5.3 Seguros conectados a salud.

Tabla A.1.6. **Correspondencia entre la clasificación de funciones de salud (ICHA-HC) y la COFOG y COICOP-Hogares**

ICHA-HC	Funciones	COFOG	COICOP-Hogares	Comentarios
HC.1	Atención curativa			
HC.1.1	Atención curativa con internamiento	07.3 Servicios hospitalarios	06.3 Servicios hospitalarios	Estos grupos de la COFOG y COICOP se refieren a servicios hospitalarios. Es necesario hacer una división de atención de larga duración curativa, de rehabilitación y preventiva dependiendo de la información adicional.
		07.3.1 Servicios hospitalarios generales (IS)	06.3.0 Servicios hospitalarios (S)	HC.1.1 incluye la estancia por la noche de servicios no de rehabilitación y excluye la hospitalización de día y el tratamiento hospitalario domiciliario.
		07.3.2 Servicios hospitalarios especializados (IS)	Como lo anterior	El SHA separa HP.1.2 Hospitales de salud mental y HP.1.3 Hospitales especializados (que no sean hospitales de salud mental).
		07.3.3 Servicios médicos y centro de maternidad (IS)	Como lo anterior	El SHA incluye la estancia nocturna en clínicas de maternidad en HP.1.3 Hospitales especializados; véase también RI.3.1 Salud infantil y maternal; Planificación y asesoramiento familiar.
		07.3.4 Servicios de residencias asistidas y de convalecencia (IS)	Como lo anterior	Centros de rehabilitación con servicios de salud hospitalaria y terapia de rehabilitación se tienen que notificar en HC.2 en el SHA, atención de larga duración (salud) en HC.3.
HC.1.2	Atención curativa de día con internamiento	Como lo anterior	Como lo anterior	HC.1.2 incluye por ejemplo la cirugía de elección realizada durante el día.
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	07.2 Servicios ambulatorios	06.2 Servicios ambulatorios	Estos grupos de la COFOG y COICOP incluyen los servicios ambulatorios en los hospitales. HC.1.3 requiere separar los servicios curativos y agudos ambulatorios de los servicios de rehabilitación, auxiliares y preventivos.
HC.1.3.1	Atención curativa ambulatoria general	07.2.1 Servicios médicos generales (IS)	06.2.1 Servicios médicos (S)	SHA excluye en atención curativa ambulatoria HC.4.1 Servicios de laboratorio + HC.4.2 Diagnósticos por imagen entregados directamente a los consumidores.
HC.1.3.2	Atención curativa ambulatoria dental	07.2.3 Servicios odontológicos (IS)	06.2.2 Servicios odontológicos (S)	HC.1.3.2 incluye las dentaduras, excepto las entregadas directamente a los pacientes, pero se excluye en la COFOG: para notificarlo en 07.1.3 y en la COICOP en 06.1.3.
HC.1.3.3	Atención curativa ambulatoria especializada	07.2.2 Servicios médicos especializados (IS)	06.2.1 Servicios médicos (S)	El SHA excluye de la atención curativa ambulatoria HC.4.1 Servicios de laboratorio + HC.4.2 Diagnósticos por imagen directamente entregados a los consumidores.
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria	07.2.4 Servicios paramédicos (IS)	06.2.3 Servicios paramédicos (S)	La COFOG incluye los servicios de ambulancia en esta partida.
HC.2	Atención de rehabilitación			
HC.2.1	Atención de rehabilitación con internamiento	07.3.1 Servicios hospitalarios generales (IS)	06.3.0 Servicios hospitalarios (S)	HC.2.1 depende de la organización de la rehabilitación en un país; los casos de rehabilitación hospitalaria se tratan en unidades especializadas u hospitales; excluye los servicios agudos.
		07.3.2 Servicios hospitalarios especializados (IS)	Como lo anterior	Véase anterior.

ICHA-HC	Funciones	COFOG	COICOP-Hogares	Comentarios
		07.3.3 Servicios médicos y centros de maternidad (IS)	Como lo anterior	HC.2.1 La atención hospitalaria de rehabilitación incluye servicios de convalecencia de maternidad; atención preventiva y partos hay que separarlos, véase también RI.3.1 Salud infantil y maternal; planificación y asesoramiento familiar.
		07.3.4 Servicios de residencias asistidas y de convalecencia (IS)	Como lo anterior	COFOG 07.3.4 Los servicios de residencias asistidas y de convalecencia incluirían atenciones curativas y de rehabilitación más que ayuda de larga duración.
HC.2.2	Atención de día de rehabilitación con internamiento	Como lo anterior	Como lo anterior	Los casos de hospitalización de día de rehabilitación se tratan en unidades especializadas o en hospitales en el mismo día
HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria	07.2.2 Servicios médicos especializados (IS)	06.2.1 Servicios médicos (S)	Atención de rehabilitación ambulatoria se incluye en COFOG 07.2.2 y 07.2.4; HC.2.3 excluye HC.4.1 Servicios de laboratorio + HC.4.2 Diagnóstico por imagen entregados directamente a los consumidores
		07.2.4 Servicios paramédicos (IS)	06.2.3 Servicios paramédicos (S)	COFOG y COICOP incluyen diferentes tipos de servicios en la misma partida, por ejemplo, para separar los servicios de rehabilitación ambulatorios como los de fisioterapia requieren información adicional.
HC.2.4	Atención de rehabilitación domiciliaria	07.2.4 Servicios paramédicos (IS)	06.2.3 Servicios paramédicos (S)	Véase anterior.
		07.3.4 Servicios de residencias asistidas y de convalecencia (IS)		COFOG 07.3.4 Los servicios de residencias asistida y de convalecencia incluirían más atención curativa y de rehabilitación que apoyos de larga duración
HC.3	Atención de larga duración (salud)			Tratamiento menos intensivo que en atención curativa hospitalaria; la COFOG división 10 Protección social y COICOP división 12.4 Protección social también podría incluir los gastos en atención de larga duración (salud),
HC.3.1	Atención de larga duración con internamiento (salud)	07.3.4 Servicios de residencias asistidas y de convalecencia (IS)	06.3.0; Servicios hospitalarios (S)	Excluye centros de rehabilitación con servicios de salud hospitalaria y de terapia rehabilitación cuyo objetivo es tratar al paciente más que prestar una ayuda de larga duración
HC.3.2	Atención de larga duración casos de día (salud)	07.3.2 Servicios hospitalarios especializados 07.3.4 Servicios de residencias asistidas y de convalecencia (IS)		HC.3.2 no tiene una partida correspondiente en la COFOG y requiere que los casos de día y los de atención de larga duración se separen
HC.3.3	Atención de larga duración ambulatoria (salud)	07.2.4 Servicios paramédicos (IS)		HC.3.3 se refiere a las visitas ambulatorias periódicas o a la prestación de servicios de supervisión remota.
HC.3.4	Atención de larga duración domiciliaria (salud)	07.2.4 Servicios paramédicos (IS)		HC.3.4 puede incluir servicios de salud especializada en el domicilio y servicios de apoyo de atención no oficial (familia o comunidad). Los servicios de AIVD son de atención de larga duración (social), véase HC.R.1.
		10.1.1 Enfermedad (IS) 10.1.2 Discapacidad (IS)	12.4.0 Protección social (S)	Estas partidas de la COFOG y COICOP podrían incluir ayuda con las tareas diarias, pero que son en general atención de larga duración (social) más que (salud). Podría también incluir atención de larga duración hospitalaria y hospitalización de día.

ICHA-HC	Funciones	COFOG	COICOP-Hogares	Comentarios
HC.4	Servicios auxiliares n.e.f.			HC.4 requiere servicios que se tienen en cuenta solo en el caso de que se presten directamente a los pacientes
HC.4.1	Servicios de laboratorio no especificados por función	07.2.4 Servicios paramédicos (IS)	06.2.3 Servicios paramédicos (S)	Los servicios médicos ambulatorios de la COFOG y COICOP excluyen los laboratorios de servicios de salud pública (07.4.0); laboratorios dedicados a determinar las causas de la enfermedad (07.5.0).
HC.4.2	Servicios de imaginología n.e.f.	Como lo anterior	Como lo anterior	Véase anterior
HC.4.3	Transporte de pacientes n.e.f.	07.2.4 Servicios paramédicos (IS)	06.2.3 Servicios paramédicos (S)	Servicios de ambulancia gestionados por hospitales no incluidos en la COFOG ni COICOP en servicios paramédicos pero gastos de servicios hospitalarios
		07.3 Servicios hospitalarios	06.3 Servicios hospitalarios (S)	Véase anterior
HC.5	Productos médicos no especificados por función	07.1 Productos médicos, aparatos y equipos	06.1 Productos médicos, aparatos y equipos	No incluidos en los productos de la COFOG directamente dispensados por los médicos a los pacientes ambulatorios.
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos perecederos			HC.5.1 incluye todos los productos farmacéuticos entregados a los pacientes ambulatorios salvo los productos veterinarios
HC.5.1.1	Medicamentos con prescripción	07.1.1 Productos farmacéuticos (IS)	06.1.1 Productos farmacéuticos (ND)	HC.5.1.1 incluye los medicamentos con prescripción expedida por un profesional médico o farmacéutico; incluye como en la COFOG y COICOP administración, gestión o apoyo de la provisión de productos farmacéuticos
HC.5.1.2	Medicamentos de venta directa (VD)	Como lo anterior	Como lo anterior	HC.5.1.2 excluye los productos de atención individual como los especificados en la COICOP 12.1 y sobre todo en la categoría 12.1.3 con artículos para la higiene personal: jabón de tocador, jabón medicinal, leche y aceite limpiadores, jabón de afeitar, crema y espuma de afeitar, pasta de dientes, etc.; productos de belleza: productos solares, etc; otros productos: toallitas sanitarias, etc.
HC.5.1.3	Otros productos médicos perecederos	07.1.2 Otros productos médicos (IS)	06.1.2 Otros productos médicos (P)	HC.5.1.3 es comparable a estas partidas de la COFOG y COICOP
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos	07.1.3 Aparatos y equipos terapéuticos (IS)	06.1.3 Aparatos y equipos terapéuticos (NP)	COFOG y COICOP incluye aquí las dentaduras: el SHA incluye las dentaduras en HC.1.3.2, si no las dan directamente los laboratorios a los consumidores;
HC.5.2.1	Gafas y otros productos para la visión	Como lo anterior	Como lo anterior	El SHA excluye las gafas de sol que no lleven lentes correctoras;
HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis	Como lo anterior	Como lo anterior	COFOG y COICOP excluye: el alquiler de equipos terapéuticos (incluidos los servicios paramédicos)
HC.5.2.3	Audífonos	Como lo anterior	Como lo anterior	El SHA notifica los diagnósticos y tratamientos audiológicos por los médicos en HC.1.3.3; implantes audiológicos si los da directamente el médico como prestación en especie en atención curativa; formación audiológica en HC.1.3.9.
HC.5.2.4	Todos los demás productos no perecederos incluidos los dispositivos técnicos médicos	Como lo anterior	Como lo anterior	SHA excluye: gafas de protección, cinturones y apoyos para el deporte
HC.6	Atención preventiva			

ICHA-HC	Funciones	COFOG	COICOP-Hogares	Comentarios
HC.6.1	Programas de información, educación y asesoramiento	07.4 Servicios de salud pública 07.6 Salud n.e.p. (CS)	No disponible	La COFOG 07.4 incluye los servicios preventivos individuales. Los servicios preventivos colectivos que forman parte del 07.6 Salud n.e.p. como supervisión (nutrición infantil, salud infantil), recogida de datos epidemiológicos, servicios de planificación familiar y similares. Como la gobernanza y administración de el financiamiento y del sistema de salud también se incluye en COFOG 07.6 hay que hacer una mayor separación
HC.6.2	Programas de inmunización	Como lo anterior	Como lo anterior	Solo se puede hacer una separación en los datos de administración
HC.6.3	Programas de detección temprana de la enfermedad	Como lo anterior	Como lo anterior	HC.6.3 incluye también los servicios auxiliares como diagnóstico e imagenología
HC.6.4	Programas de monitoreo del estado de la salud	Como lo anterior	Como lo anterior	Véase anterior.
HC.6.5	Programa de vigilancia epidemiológica y control del riesgo y la enfermedad	07.6 Salud n.e.p. (CS)	No disponible	En la COFOG 07.6 solo se incluyen los servicios colectivos: se excluyen los servicios individuales; en la COICOP sin partidas.
HC.6.6	Programas de preparación para situaciones de desastre y emergencia	07.6 Salud n.e.p. (CS)	No disponible	Como lo anterior
HC.7	Gobernanza y administración de el financiamiento y del sistema de salud			
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud	07.6.0 Salud n.e.p. (CS)	No disponible	El SHA incluye en esta categoría el componente de servicio público general que es parte de la función pública de la salud en la COFOG 07.6. Sin embargo, la parte de la salud de los servicios de planificación y estadísticos (según se expresa en la COFOG 01.3) también podría ser pertinente.
HC.7.2	Administración de el financiamiento de la salud	07.6.0 Salud n.e.p. (CS)	No disponible	Véase anterior
		10.9.0 Protección social n.e.p. (CS)		La COFOG no clasifica los gastos de administración en 07.6.0; también se deberían comprobar otras partidas pertinentes.
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en otra parte			
Partidas de notificación:				
HC.RI.1	Gasto farmacéutico total (GFT)	No disponible	No disponible	No disponible en la COFOG, COICOP.
HC.RI.2	Medicinas Tradicionales, Complementarias y Alternativas (MTCA)	No disponible	No disponible	Incluidas en otras partidas mencionadas anteriormente.
HC.RI.2.1	MTCA hospitalaria	No disponible	No disponible	Incluidas en otras partidas mencionadas anteriormente.
HC.RI.2.2	MTCA ambulatoria y domiciliaria	No disponible	No disponible	Incluidas en otras partidas mencionadas anteriormente.

ICHA-HC	Funciones	COFOG	COICOP-Hogares	Comentarios
HC.RI.2.3	Productos MTCA	No disponible	No disponible	Incluidas en otras partidas mencionadas anteriormente.
HC.RI.3	Servicios de prevención y salud pública	07.4.0 Servicios de salud pública (IS) 07.6.0 Salud n.e.p. (CS)	No disponible	Véase HC.6 anterior; incluye los servicios individuales y colectivos; por tanto la partida de atención preventiva colectiva se tiene que dividir de la COFOG 07.6.
HC.RI.3.1	Salud infantil y maternal; planificación y asesoramiento familiar	07.4.0 Servicios de salud pública (IS)	06.2.1 Servicios médicos (S)	Véase anterior.
HC.RI.3.2	Servicios de salud escolar	07.4.0 Servicios de salud pública (IS)	No disponible	Véase anterior.
HC.RI.3.3	Prevención de enfermedades contagiosas	07.4.0 Servicios de salud pública (IS)	No disponible	Véase anterior.
HC.RI.3.4	Prevención de enfermedades no contagiosas	07.4.0 Servicios de salud pública (IS)	No disponible	Véase anterior.
HC.RI.3.5	Medicina del trabajo	07.4.0 Servicios de salud pública (IS) 07.6.0 Salud n.e.p. (CS)	No disponible	La COFOG incluye la servicios de salud ocupacional pública como gasto del instituto de salud ocupacional; véase también ONS 2004 SHA-Directrices.
HC.RI.3.9	Todos los demás servicios de atención preventiva	07.4.0 Servicios de salud pública (IS) 07.6.0 Salud n.e.p. (CS)	No disponible	Véase anterior.
Partidas relacionadas con los servicios de salud:				
HCR.1	Atención de larga duración (social)	10.1.2 Discapacidad (IS) 10.2.0 Vejez (IS) 10.7.0 Exclusión social n.e.p. (IS)		Solo las prestaciones en especie, como la ayuda en las tareas de la vida diaria a las personas de forma temporal a personas que no pueden trabajar debido a una lesión o enfermedad (ayuda domiciliaria, transporte, etc.). Solo se tiene en cuenta una parte de la administración de la protección social.
HCR.1.1	Atención social en especie de larga duración		Véase anterior	Véase anterior
HCR.1.2	Prestaciones en efectivo de atención social de larga duración		Véase anterior	Véase anterior
HCR.2	Promoción de la salud con enfoque multisectorial			Las actividades bajo esta partida son parte de varias de las funciones de la COFOG [COFOG, 04 Asuntos económicos (varias ramas de actividades); y 06.3 Suministro de agua que incluye la supervisión y regulación de la pureza del agua].

n.e.p.: no clasificada en otra parte; n.e.f.: no especificada por función; n.e.e.: no especificada por especie.

CS: Servicios colectivos; IS: Servicios individuales; ND: productos perecederos; SD: productos semi no perecederos; D: productos no perecederos; S: servicios.

Nota: Investigación y desarrollo se considera consumo corriente solo cuando se refiere a la mejora en la gestión diaria de los servicios. Se define como una inversión cuando se refiere a las innovaciones que dan como resultado unos ingresos adicionales y generación de activos como las patentes. Esto supone que el gasto corriente en investigación y desarrollo ha sido transferido a una partida de factores de provisión. Al igual que en el SCN, la producción de investigación y desarrollo debería capitalizarse como "productos de propiedad intelectual" salvo en casos en los que está claro que la actividad no reporta un beneficio económico a su productor (y por tanto propietario) en cuyo caso se trata como consumo intermedio.

El gasto en hospitales del ejército no está incluido en COFOG 07.3 pero se tiene que incluir en la clasificación funcional del SHA.

Fuente: IHAT para el SHA 2011.

COPNI

La COPNI (Clasificación de los Objetivos de las Instituciones) se utiliza para identificar los objetivos de las transacciones corrientes, los desembolsos de capital y la adquisición de activos financieros de las ISFLSH. Muchas de las ISFLSH tienen un solo objetivo y por tanto encaja sin problema en uno de los objetivos de la clasificación. Algunos, como las ISFLSH menos definidas, como por ejemplo una organización religiosa, que puede llevar a cabo dos tipos de actividades que cumplen objetivos diferentes: pueden gestionar hospitales y organizar ceremonias religiosas. Si no es posible identificar una unidad institucional separada por objetivo, la ISFLSH en su conjunto se tendrá que asignar al objetivo que predomine en términos de empleo o gastos totales. Siguiendo las normas del SCN 2008, se puede asumir que la COPNI puede normalmente¹⁵ incluir solo el consumo individual.

La división de salud de la COPNI se estructura de forma similar a la COFOG y contiene seis grupos: 02.1 Productos médicos, aparatos y equipos, 02.2 Servicios ambulatorios, 02.3 Servicios hospitalarios, 02.4 Servicios de salud pública, 02.5 I+D Salud, 02.6 Otros servicios de salud. Las categorías del primer grupo 02.1 Productos médicos, tiene exactamente la misma estructura que la COFOG y la COICOP. El desglose del segundo grupo 02.2 Servicios ambulatorios en categorías, es el mismo que la COICOP, es decir hay una categoría 02.2.1 Servicios médicos y no dos categorías como en la COFOG distinguiendo entre servicios médicos generales y especializados. Los otros cuatro grupos de la COPNI contienen solo una categoría.

Los códigos de correspondencia entre HC y COPNI se enumeran en la tabla A.1.5. Como la COPNI tiene la estructura de la COFOG y la COICOP, la tabla A.1.6 se podría utilizar para obtener más información sobre la correspondencia de las partidas.

CPC/CPA

Para poder estudiar las transacciones en bienes y servicios de forma detallada, el SCN utiliza la Clasificación Central de Productos (CCP). Según la terminología del SCN, los productos son bienes y servicios. El objetivo principal de la CCP es servir de estructura para la comparación internacional de estadísticas de productos. Cuando se elabora la CCP, lo que se tiene en cuenta es la naturaleza del producto y la rama de actividad de origen. En la CCP existen varias categorías pertinentes a los bienes y servicios de salud. La mayor parte de los bienes y servicios de salud se pueden incluir en la división 93 Servicios sociales y de atención humana que comprende cinco clases 931 Servicios de salud humana, 932 Servicios de atención residencial de personas mayores y con discapacidades, 933 Otros servicios sociales con alojamiento y 934 Servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidades y 935 Otros servicios sociales con alojamiento. La tabla A.1.7 es un resumen de la correspondencia entre la CCP y el SHA 2011. La Clasificación Europea

¹⁵ “Las ISFLSH pueden producir servicios colectivos. Por ejemplo, una institución sin fines de lucro con fondos privados puede realizar una investigación médica y poner los resultados a disposición pública de forma gratuita. Sin embargo, a menos que dichas actividades sean evidentes y cuantificables, se supone que el gasto de las ISFLSH solo es en bienes y servicios individuales” (SCN 2008, 9.107).

Tabla A.1.7. **Correspondencia entre la clasificación de funciones de salud (ICHA-HC) y la CCP**

ICHA-HC	Funciones	Código CCP	Título	Comentarios
HC			SALUD	
HC.1	Atención curativa			
HC.1.1	Atención curativa con internamiento	9311	Servicios de hospital	HC.1.1 incluye servicios de rehabilitación con estancia nocturna y excluye atención de hospital de día y tratamiento hospitalario domiciliario.
HC.1.2	Atención curativa de día con internamiento	93119	Otros servicios hospitalarios	HC.1.1 incluye solo los servicios de rehabilitación de día tratados en el mismo día; p.ej., servicios de cirugía programada 93111 pacientes hospitalizados y servicios de ginecología para los pacientes hospitalizados.
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria	9312	Servicios médicos y dentales	La CCP excluye, al igual que la COICOP y la COFOG, Servicios de laboratorio (Servicios médicos de laboratorio) + diagnóstico por imagen (93196 Servicios diagnósticos por imagen). El SHA excluye solo los diagnósticos entregados directamente a los consumidores.
HC.1.3.1	Atención curativa ambulatoria general	93121	Servicios médicos generales	HC.1.3.1 requiere separar los servicios curativos, de rehabilitación y preventivos.
HC.1.3.2	Atención curativa ambulatoria dental	93123	Servicios dentales	La CCP incluye también en esta partida los servicios dentales en hospitales a pacientes ingresados. HC.1.3.2 incluye las dentaduras, salvo si se entregan directamente a los pacientes.
HC.1.3.3	Atención curativa ambulatoria especializada	93122	Servicios médicos especializados	La CCP excluye los servicios de laboratorio + diagnósticos por imagen entregados directamente a los consumidores (véase anterior).
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria	93121 93122 93192 93199	Servicios médicos generales, Servicios médicos especializados Servicios medicalizados Otros servicios de salud humana n.e.p.	Los servicios curativos prestados en el hogar están incluidos en las categorías de servicios médicos ambulatorios. Se requiere más información para dividir la HC.1.4.
HC.2	Atención de rehabilitación			
HC.2.1	Atención de rehabilitación con internamiento	9311 93119	Servicios hospitalarios Otros servicios para pacientes hospitalizados	HC.2.1 excluye servicios agudos. Los pacientes que requieran rehabilitación hospitalaria se remiten a unidades especializadas o a hospitales especializados.
HC.2.2	Atención de rehabilitación de día con internamiento	93119	Otros servicios a pacientes hospitalizados	Los pacientes que requieren rehabilitación de día se remiten a unidades especializadas o a hospitales el mismo día.
HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria	93121 93122 93193 93199	Servicios médicos generales Servicios médicos especializados Servicios de fisioterapia Otros servicios de salud humana n.e.p.	La atención de rehabilitación ambulatoria no es una partida en la CCP y por tanto se tiene que derivar desde los servicios de rehabilitación médicos y no médicos.
HC.2.4	Atención de rehabilitación domiciliaria	Como lo anterior	Como lo anterior	Véase anterior.
HC.3	Atención de larga duración (salud)			El SHA incluye en atención de larga duración (salud) cuidados menos intensivos que los que se prestan en los hospitales.

ICHA-HC	Funciones	Código CCP	Título	Comentarios
HC.3.1	Atención larga duración con internamiento (salud)	93210 93301 93303	Servicios de servicios de salud en instituciones residenciales que no sean hospitales; Servicios de atención en instituciones residenciales para niños y adultos que sufran retraso mental, enfermedades mentales o adicciones	HC.3.1 incluye solo la atención hospitalaria de larga duración (salud) con estancia nocturna pero excluye el tratamiento de día y domiciliario; no es una partida separada en CCP.
HC.3.2	Atención de día de larga duración (salud)	93210	Servicios en instituciones residenciales de salud distintos de los servicios de hospital	HC.3.2 solo incluye la atención de larga duración; partida no separada en la CCP.
HC.3.3	Atención de larga duración ambulatoria (salud)	93192	Servicios de enfermería	HC.3.3 incluye servicios de "ciudadanos personales" (por ejemplo, AVD, mientras que los servicios de "asistencia o ayuda domiciliaria" (por ejemplo, AIVD) se deben contabilizar de forma separada como atención de larga duración (social); véase también HCR.1 más abajo.
HC.3.4	Atención de larga duración domiciliaria (salud)	93192 93199	Servicios medicalizados Otros servicios de salud humana n.e.p.	HC.3.4 incluye servicios de AVD en el domicilio del paciente; la atención personal social de larga duración se notifica en el SHA como HC.R.1. Véase anterior.
HC.4	Servicios auxiliares n.e.f.			
HC.4.1	Servicios de laboratorio n.e.f.	93195	Servicios médicos de laboratorio	La CCP podría incluir también servicios prestados a otros proveedores como "consumo intermedio". HC.4.1 incluye solo los servicios si se prestan directamente a los pacientes.
HC.4.2	Servicios de imagenología n.e.f.	93196	Servicios de imagenología diagnóstica	Véase anterior.
HC.4.3	Transporte de pacientes n.e.f.	93194	Servicios de ambulancia	La CCP comprende servicios de transporte de pacientes en ambulancia, con o sin equipo de reanimación o personal médico; HC.4.3 incluye el transporte en vehículos convencionales por proveedores no especializados, como taxis cuando se ha autorizado y los costes los reembolsa el seguro médico.
HC.5	Bienes médicos no especificados por función			La CCP distingue diferentes formas de comercio al por menor: 621 Servicios comercio al por menor almacén no especializados; 622 Servicios comercio al por menor almacén especializados; 623 Servicios comercio al por menor por correo postal o internet; 624 Otros servicios de comercio al por menor no de almacén. Los productos médicos que se distribuyen a través de servicios comercio al por menor de almacén especializados, por lo que solo este grupo aparece más abajo.
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos perecederos	62273	Comercio al por menor especializado de productos farmacéuticos	La CCP clasifica los productos farmacéuticos desde la perspectiva de la producción según se define en "352 Productos farmacéuticos".
HC.5.1.1	Medicamentos con prescripción	62273	Como lo anterior	La CCP no hace distinción entre con prescripción y sin prescripción.

ICHA-HC	Funciones	Código CCP	Título	Comentarios
HC.5.1.2	Medicamentos de venta directa (MVD)	62273	Como lo anterior	El SHA excluye los productos de cuidados personales como los especificados en la categoría 12.1 de la COICOP y sobre todo de la 12.1.3 con los de higiene personal: jabón de tocador, jabón medicinal, leche y aceite de limpieza, jabón de afeitarse, crema o espuma de afeitarse, pasta dentífrica, etc.; productos de belleza, productos solares, etc.; otros productos: toallitas sanitarias, etc.
HC.5.1.3	Otros productos perecederos	62274	Comercio al por menor especializados de productos médicos y ortopédicos	La CCP clasifica la producción de productos médicos perecederos, como los termómetros clínicos o vendas, en varias categorías.
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros productos médicos	62274	Comercio al por menor especializado de productos médicos y ortopédicos	El SHA clasifica las dentaduras en HC.1.3.2 si no las entregan directamente los dentistas.
HC.5.2.1	Gafas y otros productos de visión	62522 87154	Comercio al por menor especializado de equipos fotográficos, ópticos y de precisión. Servicios de mantenimiento y reparación de aparatos médicos, ópticos y de precisión	El SHA excluye las gafas sin lentes correctoras.
HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis	62274	Comercio al por menor especializado de productos médicos y ortopédicos	
HC.5.2.3	Audífonos	62274 87154	Comercio al por menor especializado de productos médicos y ortopédicos. Servicios de mantenimiento y reparación de aparatos médicos, ópticos y de precisión	El SHA excluye en HC.5.2.3 el diagnóstico y tratamiento audiológico de los médicos. (HC.1.3.3) y los implantes acústicos (HC.1, atención curativa) así como el entrenamiento audiológico de rehabilitación ambulatoria (HC.2.3).
HC.5.2.4	Todos los demás productos médicos no perecederos incluidos los dispositivos técnicos médicos	62733	Servicios de comercio al por menor a través de correo postal o internet	Incluye el equipo telemático especializado para llamadas de emergencia desde el hogar del paciente y para la supervisión remota de los parámetros médicos.
HC.6	Atención preventiva	91122 9312	Servicios públicos administrativos relacionados con la servicios de salud. Servicios médicos y odontológicos	La CCP no incluye la categoría especial de atención preventiva; atención preventiva colectiva parcialmente incluida en servicios públicos administrativos, atención individual preventiva parcialmente incluida en servicios de salud humana. La HC.6 requiere más información detallada
HC.6.1	Programas de información, educación y asesoramiento	Como lo anterior	Como lo anterior	Véase anterior.
HC.6.2	Programas de inmunización	Como lo anterior	Como lo anterior	Véase anterior.
HC.6.3	Programas de detección temprana de la enfermedad	Como lo anterior	Como lo anterior	Véase anterior.
HC.6.4	Programas de monitoreo del estado de salud	Como lo anterior	Como lo anterior	Véase anterior.

ICHA-HC	Funciones	Código CCP	Título	Comentarios
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programa de control del riesgo y la enfermedad	Como lo anterior	Como lo anterior	Véase anterior.
HC.6.6	Programas de preparación para respuesta en casos de desastres y emergencia	Como lo anterior	Como lo anterior	Véase anterior.
HC.7	Gobernanza y administración del financiamiento y del sistema de salud			
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud	91122 91310	Servicios públicos administrativos relacionados con la servicios de salud Servicios administrativos relacionados con la enfermedad, maternidad o regímenes de prestaciones por discapacidad temporal	El SHA incluye en esta categoría los servicios públicos generales que forman parte de la función pública a través de servicios estadísticos y de planificación.
HC.7.2	Administración del financiamiento de la salud	71322 91310	Servicios de seguros médicos Servicios administrativos relacionados con la enfermedad, maternidad o regímenes de prestaciones por discapacidad temporal	Para generar la cuenta, véase capítulo 6 del SCN 2008. La administración es solo una parte de las primas pagadas a los seguros privados (véase ONS 2004, SHA-Directrices, p. 142).
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en otra parte (n.e.p)			
Partidas pro memoria				
HC.RI.1	Gasto farmacéutico total(GFT)	352	Productos farmacéuticos	La CCP permite identificar el suministro y uso de los productos farmacéuticos en el país, que es diferente del uso por los residentes.
HC.RI.2	Medicinas Tradicionales, Complementarias y Alternativas (MTCA)			Incluidas en otras partidas mencionadas anteriormente.
HC.RI.2.1	MTCA hospitalaria			Incluidas en otras partidas mencionadas anteriormente.
HC.RI.2.2	MTCA ambulatoria y domiciliaria			Incluidas en otras partidas mencionadas anteriormente.
HC.RI.2.3	Productos MTCA			Incluidas en otras partidas mencionadas anteriormente.
HC.RI.3	Servicios de prevención y salud pública			Véase HC.6.
HC.RI.3.1	Salud infantil y maternal; planificación y asesoramiento familiar			Véase HC.6.
HC.RI.3.2	Servicios de salud escolar			Véase HC.6.

ICHA-HC	Funciones	Código CCP	Título	Comentarios
HC.RI.3.3	Prevención de enfermedades contagiosas			Véase HC.6.
HC.RI.3.4	Prevención de enfermedades no contagiosas			Véase HC.6.
HC.RI.3.5	Medicina del trabajo			Véase HC.6.
HC.RI.3.9	Todos los demás servicios de atención preventiva			Véase HC.6.
Partidas relacionadas con los servicios de salud				
HCR.1	Asistencia social de larga duración	9322 9330	Servicios de atención residencial de personas mayores y con discapacidades; Otros servicios sociales con alojamiento	Solo las prestaciones en especie, como la asistencia con las tareas diarias a las personas que no puedan trabajar temporalmente por una lesión o enfermedad (ayuda domiciliaria, transporte, etc.).
HCR.1.1	Asistencia social en especie de larga duración			Véase anterior.
HCR.1.2	Asistencia social de larga duración con prestaciones en efectivo			Las prestaciones en efectivo no forman parte de la CCP.
HCR.2	Prevención con un método multi-sectorial			Gastos privados, si los hay, se incluyen en categorías no de salud diferentes.

n.e.p.: no clasificados en ninguna otra parte; n.e.f.: no especificados por función; n.e.e.: no especificados por especie.
Fuente: IHAT para SHA 2011.

de Productos por Actividad (CPA) es la clasificación europea correspondiente a CCP.¹⁶ En el Anexo E se puede encontrar más información sobre la CCP.

Correspondencia entre la clasificación funcional (ICHA-HC) y la SEEPROS

SEEPROS intenta describir de forma exhaustiva y coherente las intervenciones de protección social¹⁷ de los organismos públicos y privados con la intención de liberar a hogares y personas de la carga de un conjunto determinado de riesgos o necesidades, siempre que no exista un acuerdo recíproco ni individual. En la

¹⁶ La clasificación de las actividades de producción en el SHA, que se denomina CIU (en Europa NACE), está estrechamente relacionada con la CCP, o CPA, por lo que se pueden intentar vincular las partidas de la HCxHP a CPC/CPA. Noruega y Portugal han intentado crear tablas de correspondencia entre CPC/CPA y HPxHC. En Noruega, por ejemplo, la clasificación de productos tiene un código de seis dígitos. Por el número de producto se puede averiguar el tipo de servicio, el productor del servicio e incluso, de alguna manera, la fuente de financiamiento. La clasificación de productos CPA combinada con los datos sobre el objetivo, también de las cuentas nacionales, es la base para correlacionar las cuentas nacionales de Noruega con el SHA. Para cada una de las combinaciones específicas de productos por objetivo existe un enlace a una HC, HF y HP específica. Esta lista de códigos es parte íntegra de la estructura técnica del sistema de Cuentas Nacionales de Noruega y la correspondencia se realiza dentro de dicho marco de referencia. Para más información, véase Brændvag (2008).

¹⁷ Las intervenciones cubren el financiamiento de las prestaciones y costos administrativos relacionados, así como la provisión efectiva de las prestaciones.

práctica, en los esquemas de protección social de los países pueden estar incluidos varios organismos, tanto los controlados por el gobierno como los no controlados por éste; los más frecuentes son:¹⁸

- Fondos de la seguridad social;
- Agencias del gobierno central, estatal y local;
- Compañías de seguros (en Dinamarca, los fondos de pensión que gestionan pensiones del mercado laboral pueden delegar la administración de estas pensiones a las compañías de seguros);
- Mutualidades;
- Empleadores públicos o privados que conceden prestaciones directamente a sus ex empleados y a los que tienen en plantilla;
- Instituciones privadas de ayuda al bienestar y organizaciones caritativas (por ejemplo, la Cruz Roja).

En consecuencia, se excluyen todas las pólizas de seguros contratadas por iniciativa privada de las personas o los hogares para su propio interés (seguro voluntario). Por ejemplo, el pago de un capital o una anualidad al titular de una cuenta de ahorro o de un seguro médico voluntario no se considera protección social. El SHA no es tan estricto en este punto, porque incluye también los acuerdos individuales, los gastos directos de los hogares, los de las empresas y los de las ISFLSH.

SEEPROS desglosa las prestaciones sociales por tipo y función. La función de una prestación social se refiere al objetivo principal por el que se concede la misma, con independencia de las disposiciones legislativas o institucionales. En otras palabras, el desglose funcional de las prestaciones sociales refleja todas las intervenciones de los regímenes de protección social, agrupándolas según ocho tipos de riesgos, es decir, servicios de salud/enfermedad, discapacidad, vejez, supervivencia, familia/niños, desempleo, vivienda y exclusión social. El tipo de prestación se refiere a la forma en que se presta la protección. Se puede prestar de muchas formas, pero en el sistema básico de SEEPROS se limita a las prestaciones en metálico, es decir, pago en metálico a personas protegidas y prestaciones en especie que incluyen el reembolso de los gastos a las personas protegidas y los bienes y servicios que se les presta de forma directa. En la tabla A.1.8 se describen las funciones de la SEEPROS y su importancia para el SHA.

18 Véase el Manual SEEPROS, Eurostat (2008).

Tabla A.1.8. **Definiciones de las funciones de protección social (SEEPROS)**

Función	Descripción	Importancia para el SHA
1. Atención salud/enfermedad	Mantenimiento de renta y ayuda en metálico por enfermedad física o mental, excluidas las discapacidades. Servicios de salud con la intención de mantener, recuperar o mejorar la salud de las personas protegidas con independencia del origen de la enfermedad.	Toda la atención médica entra dentro de esta función, sin tener en cuenta la necesidad o riesgo. Aquí se incluye, por ejemplo, la atención médica específica a las madres que esperan un hijo, o a personas con discapacidades y no en las funciones de Familia/niños y Discapacidad.
2. Discapacidad	Mantenimiento de renta y ayudas en metálico o en especie (salvo servicios de salud) para personas con discapacidades físicas o mentales que no puedan realizar actividades económicas o sociales. Toda la atención médica específica a la discapacidad se notifica en la función de Servicios de salud/enfermedad	Atención de larga duración (social): Ayuda en las actividades diarias a personas con discapacidades. La ayuda domiciliaria se incluye en esta categoría, así como el pago de una prestación a la persona que cuida a la persona con discapacidad. Además, se incluye la prestación de bienes y servicios específicos (que no sea la atención médica) y la formación profesional para la rehabilitación social y laboral de las personas con discapacidades. Estos servicios se prestan en instituciones especializadas. La rehabilitación médica – como la fisioterapia– se incluye en la función de Servicios de salud/enfermedad.
3. Vejez	Mantenimiento de renta y ayudas en metálico o especie (salvo servicios de salud) en relación con la vejez.	Atención de larga duración (social) en relación con la vejez. Esta función incluye la provisión de alojamiento y a veces servicios de alojamiento con manutención para personas jubiladas, bien en instituciones especializadas (residencias asistidas y residencias de ancianos) o con familias. La asistencia en las tareas diarias: ayuda a los ancianos para que realicen las tareas de la vida diaria. La ayuda domiciliaria se incluye en esta categoría, así como el pago de una prestación a la persona que cuida de un anciano. Otras prestaciones en especie: bienes y servicios varios para personas jubiladas para que puedan realizar actividades culturales y de ocio, viajar o participar en las actividades de su comunidad. Incluye reducción de precios, tarifas y viajes de pensionistas que se conceden con motivos de protección social; estas prestaciones quedan fuera del límite del SHA.
4. Supervivientes	Mantenimiento de renta y ayudas en metálico o especie en relación con la muerte de un familiar.	No pertinente para el SHA
5. Familia/niños	Ayuda en metálico o en especie (salvo servicios de salud) en relación con los gastos de embarazo, parto o adopción, crianza de hijos y cuidado de otros miembros de la familia.	No pertinente para el SHA
6. Desempleo	Mantenimiento de renta y ayudas en metálico o en especie en relación con el desempleo.	No pertinente para el SHA
7. Vivienda	Ayuda para el coste de la vivienda.	No pertinente para el SHA
8. Exclusión social no clasificada en otra parte	Prestaciones en metálico o en especie (salvo servicios de salud) con la intención específica de combatir la exclusión social, cuando no está cubierta por una de las demás funciones.	Asistencia social en relación con los servicios de salud: Rehabilitación de alcohólicos y drogadictos: tratamiento de la dependencia al alcohol y drogas para la integración social de los adictos, para que puedan llevar una vida independiente. El tratamiento se realiza normalmente en centros de rehabilitación o instituciones especiales.

Fuente: IHAT para SHA 2011.

Para poder correlacionar las funciones del SHA y el SEEPROS, son de gran importancia las prestaciones en especie registradas en la función de servicios de salud/enfermedad. El predominio de una u otra forma de prestación en especie depende de la forma en que esté organizado el sistema de salud y de como se financien dentro del mismo. A este respecto, se pueden mencionar los tres patrones siguientes de provisión de servicios de salud:

- En el sistema indirecto, el esquema de protección social realiza mediante prestaciones de atención médica a personas con protección, pagándoles la totalidad o parte de los gastos de atención médica prestada por los proveedores. El paciente paga la factura médica, cuya totalidad o una parte la reembolsa el esquema de protección social. Las prestaciones, por tanto, son reembolsos. Este patrón de provisión predomina en la atención médica ambulatoria y en la atención privada en hospitales de Francia y Luxemburgo, pero también se puede encontrar en países como Bélgica y parcialmente en Grecia, Chipre y Suiza.
- En el sistema directo, la unidad institucional encargada del esquema de protección social posee, gestiona y controla los establecimientos médicos necesarios y contrata al personal médico, paramédico y administrativo necesario. En este sistema, las prestaciones se prestan directamente a las personas con protección. Este patrón de provisión es típico de la atención médica hospitalaria y médica ambulatoria especializada en los servicios nacionales de salud (Dinamarca, Chipre Malta, Suecia y Reino Unido) y algunos regímenes de seguro de enfermedad para los asalariados (España, Grecia);
- En un patrón alternativo de provisión, entre los dos anteriores –conocido como sistema de acuerdo directo – el esquema de protección social establece una serie de contratos con proveedores de servicios de salud. La atención médica se presta al beneficiario de forma gratuita o en régimen de copago (que no es un mecanismo de protección social). El esquema de protección social reembolsa esta cantidad a la unidad que presta el servicio. Este tipo de prestación se registra también como directamente prestada. Este modo de provisión es típico de la atención primaria en la mayor parte de los países de Europa y también en la atención de internamiento y ambulatoria especializada en Bélgica, Alemania, Holanda y Austria, así como en otros países (Bulgaria, República Checa, Estonia, Lituania, Hungría, Polonia, Rumania, Eslovenia y República eslovaca).

El alcance de los bienes y servicios cubiertos por la función de servicios de salud/enfermedad incluyen:

- Servicios: Servicios médicos y paramédicos de médicos generales, especialistas y otro personal de salud; pruebas de laboratorio y otros exámenes; atención odontológica; fisioterapia; curas termales; transporte de personas enfermas; tratamientos preventivos como por ejemplo vacunas; y alojamiento en el caso de estancia en el hospital u otro tipo de institución médica. Los servicios médicos como se definen aquí cubren los servicios prestados dentro y fuera de las instituciones médicas.
- Bienes: productos farmacéuticos; prótesis médicas (ayudas ópticas y acústicas; ortopédicas; prótesis dentales y de otro tipo); y vendajes y suministros médicos.

Aunque la correlación entre los regímenes de protección social del SEEPROS y la clasificación de los esquemas de financiamiento HF es casi una correspondencia biunívoca, pueden aparecer algunas diferencias entre la clasificación de funciones HC y el ámbito de las prestaciones en especie/funciones del SEEPROS, ya que las dos estructuras tienen límites de salud diferentes. Por lo que respecta a la atención preventiva, la función de atención de salud/enfermedad del SEEPROS cubre solo las medidas preventivas de las que se puede beneficiar una persona (por ejemplo, un chequeo médico). Las campañas preventivas que alertan al público en general de los peligros para la salud del tabaco, alcohol o las drogas no se registran en el SEEPROS, tal y como ocurre en el SHA. Tampoco define una función en el caso de accidentes o enfermedades laborales. Los datos estadísticos sobre este tipo de gasto no son comparables, ya que reflejan la definición de un riesgo laboral adoptado por cada país en su propia práctica y legislación. Además, las prestaciones en caso de accidentes o enfermedades laborales pueden incluir desde prestaciones en metálico por enfermedad, a la provisión de servicios de salud, o prestaciones para la rehabilitación de personas con discapacidades, o pensiones por discapacidad. La tabla A.1.9 da información más detallada sobre la correspondencia entre la clasificación funcional del SHA 2011 y las prestaciones sociales del SEEPROS, desglosada por función y tipo. Demuestra con claridad que los diferentes métodos utilizados en las dos estructuras no permiten la correlación directa entre las funciones detalladas del SHA y los agregados del SEEPROS registrados como prestaciones sociales. Para poder establecer estas relaciones, sería necesario conocer más información sobre las prestaciones en especie y en metálico en el esquema nacional de cada país.

Tabla A.1.9. **Correspondencia entre la clasificación de salud (ICHA-HC) y SEEPROS**

Fuente: SHA 2011		SEEPROS			Comentarios	
ICHA-HC	Funciones	Funciones	Código	Descripción		Tipo
HC.1	Atención curativa	S	1111211/1112211 1111212/1112212	Atención de salud con internamiento - Provisión directa - Reembolsos	Pee	En las partidas del SEEPROS se incluye cualquier tipo de atención médica hospitalaria (preventiva, curativa, de rehabilitación y AVD); para identificar su valor, es necesaria más información de los regímenes nacionales; HC.1.2 En el SEEPROS, el internamiento de día se registra por convención en las partidas de atención con internamiento; se requiere más información de los regímenes nacionales.
		S	1111222/1112222 1111224/1112224	Atención ambulatoria - Otra provisión directa - Otros reembolsos	Pee	
HC.2	Atención de rehabilitación	S	1111211/1112211 1111212/1112212	Atención hospitalaria - Provisión directa - Reembolsos	Pee	En las partidas del SEEPROS se incluye cualquier tipo de atención médica hospitalaria (preventiva, curativa, de rehabilitación). Para calcular HC.2.1 se requiere información más detallada de los proveedores y regímenes; HC.2.2 En SEEPROS, por convención la hospitalización de día se registra en las partidas de atención hospitalaria. En estas tres partidas se incluye cualquier tipo de atención médica ambulatoria (preventiva, curativa y de rehabilitación). El cálculo de HC.2.3 requiere información más detallada de los proveedores y regímenes nacionales. HC 2.4 es parte de las partidas del SEEPROS de atención ambulatoria; el cálculo de HC.2.4 requiere información más detallada de los proveedores y regímenes nacionales. Partida especial de SEEPROS; para poder separar la rehabilitación se requiere más información sobre el tipo de servicio y el nivel de los regímenes.
		S	1111222/1112222 1111224/1112224	Ambulatoria servicios de salud - Otra provisión directa - Otros reembolsos	Pee	
		S	Como lo anterior	Como lo anterior	Pee	
		SE	1181202/1182202	Rehabilitación de adictos al alcohol y drogas	Pee	
HC.3	Atención de larga duración (salud)	S	1111211/1112211 1111212/1112212	Servicios de salud hospitalaria - Provisión directa - Reembolsos	Pee	HC.3 solo se cubre parcialmente en la función de atención de salud/enfermedad y se requiere más información para poder separarla de la atención curativa y de rehabilitación. No comparable directamente; en el SEEPROS es más probable que se incluya la atención de larga duración (social). Véase anterior. HC 3.4 forma parte de las partidas de SEEPROS de atención ambulatoria, pero puede incluir también gastos de atención domiciliaria. Para calcular HC.3.4 se requiere información más detallada de los proveedores y regímenes nacionales.
		D	1121201/1122201	Alojamiento	Pee	
		O/A	1131200/ 1132200	Prestaciones en especie	Pee	
		S	1122202/1121202	Ayuda domiciliaria con control y sin control de recursos	Pee	

Tabla A.1.9. **Correspondencia entre la clasificación de salud (ICHA-HC) y SEEPROS (contd.)**

Fuente: SHA 2011		SEEPROS			Comentarios	
ICHA-HC	Funciones	Funciones	Código	Descripción		Tipo
		D	1122113/1121113	Prestación de atención periódica	Pee	Esta es una prestación pagada a las personas con discapacidades que necesitan ayuda más frecuente o constante (que se podría considerar ayuda de larga duración) para ayudarles a pagar el coste adicional de la asistencia (que no sea atención médica). Por tanto habría que separar el aspecto social. SEEPROS incluye las prestaciones de asistencia de los regímenes de atención de larga duración obligatorios pero no del seguro voluntario.
		D	1121202/1122202	Ayuda para realizar las tareas diarias	Pee	Solo en el caso de servicios de salud, de lo contrario asistencia social, véase HCR.1.
		OA	1131202/1132202	Ayuda para realizar las tareas diarias	Pee	Véase anterior HC.3.1 "ayuda en las tareas diarias", también puede ser de atención hospitalaria.
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)	S	1111222/1112222 1111224/1112224 1111230/1121204 1112230/1122204	Servicios de salud ambulatorios - Que no sea provisión directa - Que no sean reembolsos Que no sean prestaciones en especie	Pee	En el SEEPROS los servicios de laboratorio y diagnóstico por imagen no se registran de forma separada. Por tanto, las categorías HC.4.1-HC.4.2 se incluyen en atención ambulatoria (provisión directa y otros reembolsos). Estas partidas del SHA requieren información más detallada de los proveedores y regímenes nacionales. De manera similar, el transporte de enfermos forma parte de la atención médica (hospitalaria o ambulatoria) en el SEEPROS, o se incluye en otras prestaciones
HC.5	Productos médicos no especificados por función	S	1111221/1112221 1111223/1112223	Servicios de salud ambulatorios: de la que: productos farmacéuticos - Provisión directa - Reembolsos	pee	En estas partidas del SEEPROS se registran los productos farmacéuticos suministrados directamente o que se hayan reembolsado. Sin embargo, no es posible distinguir entre medicamentos recetados y los de venta directa.
		S	1111222/1112222 1111224/1112224	Servicios de salud ambulatoria - Que no sea provisión directa - Que no sean reembolsos	pee	Aparatos terapéuticos y otros productos médicos: La definición de atención médica específica que productos tales como suministros médicos los cubre la atención médica (y se podrían incluir en servicios de salud ambulatoria).
HC.6	Atención preventiva		1111222/1112222	Servicios de salud ambulatorios: Que no sea provisión directa sin control de recursos y con control de recursos		Solo la atención preventiva <u>individual</u> se incluye en SEEPROS, normalmente en atención ambulatoria. Las campañas preventivas y la atención preventiva colectiva no forman parte de la protección social incluida en SEEPROS.
HC.7	Gobernanza y administración del financiamiento y del sistema de salud					Los costes de administración se registran de forma explícita solo en el sistema básico del SEEPROS por regímenes; a veces los regímenes que conceden prestaciones de servicios de salud/enfermedad puede conceder otras prestaciones clasificadas en otras funciones. Por tanto, los costes de administración se deben dividir; la administración del seguro privado no obligatorio no se incluye en el SEEPROS.
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en ninguna parte (n.e.p)					

Tabla A.1.9. **Correspondencia entre la clasificación de salud (ICHA-HC) y SEEPROS (contd.)**

Fuente: SHA 2011		SEEPROS			Comentarios	
ICHA-HC	Funciones	Funciones	Código	Descripción		Tipo
Partidas de notificación						
HC.RI.1	Gasto farmacéutico total (GFT)					No disponible en SEEPROS
HC.RI.2	Medicinas Tradicionales, Complementarias y Alternativas (MTCA)					No disponible en SEEPROS
HC.RI.3	Servicios de prevención y salud pública según SHA 1.0)	S	1111222/1112222 1111224/1112224	Servicios de salud ambulatorios - Que no sea provisión directa - Que no sean reembolsos	pee	Véase HC.6 anterior; atención preventiva colectiva no incluida en el SEEPROS, por ejemplo, campañas para dejar de fumar, campañas de educación de la salud, etc. La atención preventiva individual, los servicios de asesoramiento genético en relación con la madre y la salud infantil (HC.RI.3.1) o las actividades relacionadas con campañas de cribado individual, inmunización y vacunación se pueden incluir en el sistema básico, o en otras funciones de servicios de salud/enfermedad. Por tanto su separación requiere información más detallada sobre el nivel de los regímenes nacionales. Los servicios de salud escolar normalmente se recogen en el presupuesto de educación de las administraciones y por tanto no se incluyen en el SEEPROS. Las actividades de cribado, inmunización, vacunación: para separarlas se requiere información más detallada de los regímenes; La función en caso de accidentes laborales y enfermedades no se definen de forma separada en el SEEPROS; por lo que se incluye en el sistema básico o en otra servicios de salud/enfermedad o discapacidad, dependiendo de la normativa de cada país.
		F/C	1151200/1152204	Que no sean prestaciones en especie	pee	Es difícil separar los asuntos de salud en esta partida del SEEPROS. Los servicios de planificación familiar están comprendidos en esta partida, que también incluye los centros de ocio y vacaciones, productos varios – de carácter social y no de salud.
Partidas relacionadas con los servicios de salud						
HCR.1	Asistencia social de larga duración	DOA	1121201/1122201 1131201/1132201	Alojamiento	pee	SEEPROS contiene información exhaustiva sobre la asistencia social, pero en una estructura diferente; por tanto, es necesario analizar el nivel de los regímenes nacionales. La atención de larga duración en especie no es directamente comparable, véase anterior.
		D OA	1121202/1122202 1131202/1132202	Ayuda para realizar las tareas diarias	pee	Se debería incluir, ya que se refiere a la ayuda en las tareas diarias.
		D	1121203/1122203	Rehabilitación	pee	SEEPROS incluye partidas que no son rehabilitación médica, como por ejemplo de rehabilitación profesional

pee = prestaciones en especie; pm = prestaciones en metálico.

n.e.p.: no clasificadas en ninguna otra parte; n.e.f.: no especificadas por función; n.e.e.: no especificadas por especie.

D = Discapacidad; F/C = Familia/Hijos; OA = Vejez; S = Atención salud/enfermedad; SE = Exclusión social.

Correspondencia entre la clasificación de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP) y CIIU

En el SHA, todas las unidades estadísticas en la clasificación HP se clasifican en grupos que prestan bienes y servicios de salud, seguros o administración. El consumo de servicios es semejante a la prestación de servicios. El capítulo 6 detalla las normas de clasificación del ICHA-HP. La tabla A.1.10, que muestra la correspondencia entre la clasificación de proveedores de servicios de salud ICHA-HP y la clasificación económica de proveedores de CIIU/NACE, subraya las diferencias en la actividad principal utilizada en las dos clasificaciones.¹⁹

La mayor parte de las actividades de los proveedores de servicios de salud están comprendidas en la división 86 Actividades de salud humana de la CIIU, que incluye tres clases: 8610 Actividades de hospital, 8620 Actividades de práctica médica y dental y 8690 Otras actividades de salud humana. La NACE divide el segundo grupo en 86.21 Actividades generales de la práctica médica, 86.22 Actividades de la práctica médica especializada y 86.23 Actividades de la práctica dental.

Cuando se comparan las unidades de proveedores y las de financiamiento en la CIIU/NACE hay que tener en cuenta varios asuntos. El primero, el valor de producción de cada uno de los proveedores, por ejemplo, los hospitales (CIIU 8610), normalmente no corresponde exactamente con la provisión de servicios de salud. En segundo lugar, la definición de unidad económica o institucional, por ejemplo otros proveedores de servicios de salud (CIIU 8690), no se corresponde necesariamente con la de ICHA-HP. En tercer lugar, la clasificación de los agentes económicos/unidades institucionales en el SCN es diferente.²⁰ En el SCN, las unidades institucionales se crean según su actividad principal. Lo que significa que de todas las actividades que realicen las unidades económicas, la actividad más importante (en términos de producción, proceso de producción o uso de los insumos, o cualquier combinación de estos criterios) determina la clasificación de esa unidad en la CIIU o NACE. En consecuencia, las unidades económicas cuya actividad principal sea una actividad que no es de atención de salud se consideran que quedan fuera y no se las incluye en el valor de producción de las unidades clasificadas en la CIIU/NACE 86 (actividades de salud humana).

Dada la generalidad de las tres clases de la CIIU, para poder clasificar los proveedores adecuadamente en el SHA es necesaria más información de las estadísticas nacionales. Muchos proveedores de servicios de salud son profesionales autónomos: la clasificación internacional correspondiente de profesionales de salud es la CIUO. Como ocurre en la atención ambulatoria, en muchos países podría existir una amplia variedad de proveedores no completamente capacitados. El SHA 2011 recomienda que estas clases se registren de acuerdo con su capacitación, siguiendo las normas de la CIUO 08. Por tanto, la tabla A.1.10 “Correspondencia entre ICHA-HP – CIIU” también se refiere a los códigos correspondientes en la CIUO.

¹⁹ La NACE es la Clasificación Europea de Actividades Económicas; que se deriva de la CIIU, pero más detallada que esta. La CIIU y NACE tienen las mismas partidas a los niveles más altos, mientras que la NACE es más detallada en los niveles más bajos.

²⁰ Varios estudios nacionales han intentado comparar las clasificaciones de actividades del SCN y el SHA. Una comparación entre actividades de la NAICS y US NHEA se puede ver en Hartman y col. 2010, Tabla 4.

Tabla A.1.10. **Correspondencia entre las clasificaciones de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP) e ISIC**

Código de proveedor SHA 2011	Tipo de proveedor	CIIU Rev. 3	CIIU Rev. 4	Categorías	Comentarios
HP.1	Hospitales				Definición comparable
HP.1.1	Hospitales generales	8511	8610	Actividades de hospital	La CIIU no distingue el tipo de actividad hospitalaria: general, mental u otro tipo de actividad especializada
HP.1.2	Hospitales de salud mental	8511	8610	Actividades de hospital	Véase anterior.
HP.1.3	Hospitales especializados (que no sean hospitales mentales)	8511	8610	Actividades de hospital	Véase anterior.
HP.2	Establecimientos residenciales de atención de larga duración				La CIIU incluye también los establecimientos cuya característica dominante es lo social en la División 87 <i>Actividades de atención residencial</i> .
HP.2.1	Establecimientos de servicios de enfermería de larga duración	8519/8531	8710	Establecimientos residenciales de servicios de enfermería	Definición comparable entre la CIIU y el SHA.
HP.2.2	Establecimientos de salud mental y adicciones	8519/8531	8720	Actividades de atención residencial para el retraso mental, salud mental y adicciones	Definición comparable entre la CIIU y el SHA.
HP.2.9	Otros establecimientos residenciales de atención de larga duración		8730/8790	Actividades de atención residencial para personas mayores y con discapacidades Otras actividades de atención residencial	No comparables directamente; CIIU 8730 y 8790 incluye establecimientos residenciales en los que el tratamiento médico no es un componente importante.
HP.3	Proveedores de servicios de salud ambulatorios				
HP.3.1	Prácticas médicas	8512	8620	Actividades médicas y dentales	Definición comparable entre la CIIU y el SHA, pero podría incluir también centros de servicios de salud ambulatorios, véase HP.3.4.
HP.3.1.1	Consultorios de médicos de medicina general	8512	8620	Actividades de práctica médica y dental	Véase CIUO 08: 2211 Médicos generales.
HP.3.1.2	Consultorios de especialistas	8512	8620	Actividades de práctica médica y dental	Véase CIUO-08: 2212 Médicos especialistas.
HP.3.1.3	Consultorios de especialistas (que no sean de salud mental)	8512	8620	Actividades de práctica médica y dental	Véase CIUO-08: 2212 Médicos especialistas.
HP.3.2	Prácticas odontológicas	8512	8620	Práctica médica y dental	Véase CIUO-08: 2261 Dentistas.
HP.3.3	Otros proveedores de servicios de salud	8519	8690	Otras actividades de salud humana	Esta partida de la CIIU incluye todas las actividades de salud humana no realizadas por hospitales, médicos o dentistas. Véase CIUO 08: 2221 Profesionales de enfermería, 2222 Profesionales de partería, 3230 Profesionales de medicina tradicional y complementaria, 3255 Técnicos y asistentes fisioterapeutas, 3259 Profesionales asociados de salud n.e.p.
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria				
HP.3.4.1	Centros de planificación familiar	8519	8620	Actividades de práctica médica y dental	Esta partida de la CIIU incluye los centros de planificación familiar que dan tratamiento médico de forma ambulatoria, como la esterilización e interrupción del embarazo sin alojamiento. Por ejemplo clínicas de fertilidad.
HP.3.4.2	Centros ambulatorios de salud mental y adicciones	8519	8620/8690	Actividades de práctica médica y dental Otras actividades de salud humana	Centros ambulatorios de desintoxicación, centros de adicciones, centros de salud mental etc., sin que haya médicos para prestar los servicios.

Tabla A.1.10. **Correspondencia entre las clasificaciones de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP) e ISIC (contd.)**

Código de proveedor SHA 2011	Tipo de proveedor	CIIU Rev. 3	CIIU Rev. 4	Categorías	Comentarios
HP.3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria	8519	8620 8690	Actividades de práctica médica y dental Otras actividades de salud humana	Centros médicos con servicios quirúrgicos y no de conservación.
HP.3.4.4	Centros de diálisis	8519	8620 8690	Actividades de práctica médica y dental Otras actividades de salud humana	Si no están incluidos en hospitales, por ejemplo, centros de nefrología con unidades de diálisis.
HP.3.4.9	Todos los demás centros ambulatorios con múltiples especialidades	8519/ 8531	8620 8690	Actividades de práctica médica y dental Otras actividades de salud humana	Policlínicas ambulatorias con varias especialidades
HP.3.5	Proveedores de servicios de atención domiciliaria	8519/ 8531	8690/ 8810	Otras actividades de salud humana Actividades de trabajo social sin alojamiento para personas mayores y con discapacidades	Véase CIUO 08: 0322 Profesionales asociados de enfermería y partería; 5322 Trabajadores de los cuidados personales a domicilio.
HP.4	Proveedores de servicios auxiliares				
HP.4.1	Proveedores de transporte de pacientes y rescate de emergencia		8690	Otras actividades de salud humana	La partida de la CIIU incluye el transporte en ambulancia de pacientes por cualquier modo de transporte incluido el avión. Estos servicios se prestan con frecuencia en emergencias médicas: no está incluido el transporte en taxi; véase CIUO 08: p.ej. 3258 Trabajadores de ambulancia.
HP.4.2	Laboratorios médicos y de diagnóstico	8519	8690	Otras actividades de salud humana	La CIIU incluye los laboratorios de radiología y otros centros diagnósticos de imagenología así como laboratorios de análisis de sangre. Las actividades de laboratorio médico y diagnóstico para pacientes internados se incluyen en CIIU 8610 servicios de hospital.
HP.4.9	Otros proveedores de servicios auxiliares	8519	8690	Otras actividades de salud humana	HP.4.9 incluye los proveedores de servicios auxiliares no mencionados de forma explícita anteriormente
HP.5	Minoristas y otros proveedores de productos médicos				
HP.5.1	Farmacias	5231	4772	Venta al por menor de productos médicos y farmacéuticos, cosméticos y tocador en tiendas especializadas	La CIIU incluye también la venta al por menor de productos médicos y ortopédicos, perfumería y cosméticos. Véase CIUO 08: 2262 Farmacias, 3213 Ayudantes y técnicos farmacéuticos.
HP.5.2	Minoristas y otros proveedores de productos y aparatos médicos no perecederos	5239	4773	Otra venta al por menor de productos nuevos en comercios especializados	La CIIU 4773 incluye también, por ejemplo venta de relojes, joyas, etc. Véase también CIU 3313: Reparación de equipos ópticos y electrónicos.
HP.5.9	Toda la venta de productos y otros productos farmacéuticos y médicos	5231/ 5239	4772/ 4773	Véase anterior	Véase anterior.

Tabla A.1.10. **Correspondencia entre las clasificaciones de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP) e ISIC (contd.)**

Código de proveedor SHA 2011	Tipo de proveedor	CIIU Rev. 3	CIIU Rev. 4	Categorías	Comentarios
HP.6	Proveedores de atención preventiva	7512	8412	Regulación de las actividades de prestación de servicios de salud, educación, servicios culturales y otros servicios sociales, excluida la seguridad social	La CIIU división 84 incluye actividades de naturaleza pública que normalmente realiza la administración, incluida la interpretación judicial de las leyes y su regulación; la administración de los programas basados en ellas; actividades legislativas; impuestos.
HP.7	Proveedores de administración y financiamiento del sistema de salud				
HP.7.1	Administración pública de la salud	7512	8412	Regulación de las actividades de prestación de servicios de salud, educación, servicios culturales y otros servicios sociales, excluida la seguridad social	La CIIU incluye otros programas públicos, p. ej. servicios de educación, cultura, deporte, ocio, medio ambiente, alojamiento y sociales.
HP.7.2	Agencias del seguro social de enfermedad	7530	8430	Actividades de la seguridad social obligatoria	Seguridad social, remuneración de los trabajadores, seguro de desempleo y programas de bienestar social.
HP.7.3	Agencias de administración de seguro médico privado	6603	6512	Seguros no de vida	La CIIU incluye por ejemplo los seguros de viaje, seguros de casas, vehículos, barcos, aviones y transporte, pérdida de dinero y responsabilidad civil.
HP.7.9	Otros servicios de administración				
HP.8	Otros proveedores secundarios de servicios de salud				
HP.8.1	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	9700	9820	Actividades de producción de servicios no diferenciados de hogares privados para su uso propio	Solo hay que tenerlas en cuenta si son servicios remunerados (p.ej. a través de ayudas en metálico para AVD)
HP.8.2	Todas las demás ramas de actividad como proveedor secundario de servicios de salud				Esta partida del SHA podría incluir un amplio conjunto de ramas de actividad con servicios de salud como actividad secundaria
HP.8.9	Resto de la economía				Esta categoría del SHA incluye a los proveedores de asistencia social y establecimientos que fomentan la salud con un enfoque multisectorial pero sin servicios de salud.
		8519/ 8531	8730 8790 8810/ 8890	Actividades de atención residencial para las personas mayores y con discapacidades Actividades de trabajo social sin alojamiento	Proveedores de asistencia social de larga duración.
			7120	Análisis y pruebas técnicas	Pruebas en el campo de la higiene alimentaria; comprobación y medición de los indicadores ambientales: contaminación del aire y agua, etc; comprobación de la seguridad en carretera de los vehículos a motor.
HP.9	Resto del mundo				

Fuente: IHAT para SHA 2011.

Correspondencia entre la clasificación de esquemas de financiamiento (ICHA-HF) y los sectores institucionales del SCN

Como se ha mencionado anteriormente, la estructura de financiamiento de los servicios de salud se muestra en el SCN desde una perspectiva institucional, desglosando el consumo final en función de tres sectores institucionales: hogares, ISFLSH y gobierno.²¹ En el SHA 2011, la clasificación de esquemas de financiamiento ICHA-HF es una clasificación de los gastos en servicios de salud desde la parte de financiamiento. La ICHA-HF aplica un concepto de regímenes diferente al de los sectores institucionales del SCN. En el SHA, para clasificar los esquemas se han seleccionado los criterios siguientes: a) la base jurídica del esquema de financiamiento, b) el modo de participación, c) la base para el derecho a prestación, d) las prestaciones (conjunto cubierto; cobertura de servicios), e) el método de obtención de fondos, y f) el mecanismo y extensión de la centralización y reasignación de los fondos. Más información se puede encontrar en los capítulos 7 y 8.

Los usuarios y los responsables de generar las cuentas deben conocer la conexión entre los esquemas y los sectores institucionales. Cada unidad estadística en el SHA, o agente económico, se puede agrupar en grupos institucionales, en el SCN sectores institucionales (véase tabla A.1.9). Hay que tener en cuenta que:

- Los consumidores pueden ser, en determinadas circunstancias, proveedores de atención domiciliaria;
- Los esquemas de financiamiento (o los agentes de financiamiento que los gestionan) son proveedores de servicios de administración.

Dado que la clasificación de unidades estadísticas incluye a todos los proveedores y unidades de financiamiento en el conjunto de cuentas de la salud, se puede crear una clasificación de unidades económicas mutuamente excluyente. Al mismo tiempo, todas las unidades estadísticas del SHA se pueden clasificar por ramas de actividad (CIIU/NACE, véase tabla A.1.10 en el presente).

Existen tres criterios utilizados en el SCN para clasificar las unidades institucionales – activos y pasivos, actividades y transacciones – que deben formar juntos una unidad institucional. Una empresa es un ejemplo típico. Tiene activos y pasivos, produce y vende a otras empresas. A diferencia del SCN, en el SHA, la propiedad y el control no desempeñan un papel preponderante en la clasificación de proveedores de servicios de salud y esquemas de financiamiento. La conexión con los sectores institucionales del SCN puede dar información adicional, por ejemplo, sobre la participación de las ISFLSH. Un buen ejemplo es la Clasificación de esquemas de financiamiento por su estructura institucional correspondiente, los agentes de financiamiento (FA), y la clasificación en sectores institucionales del SCN (véase tabla D.1.1 y Anexo D).

Como se ha mencionado anteriormente, el SCN muestra la estructura de financiamiento de los gastos de consumo final desglosados en tres sectores institucionales: Gobierno general (S.13), Hogares (S.14) e ISFLSH (S.15). En el SCN, el financiamiento de sociedades no financieras (S.11) y las sociedades financieras (S.12)

²¹ Por definición, las empresas no consumen.

a través de reembolsos de los gastos del hogar se integran en Hogares (S.14) (véase tabla A.1.11). El SHA da una imagen más completa de “quién gasta”, desagrupando los gastos en salud en seguros de pagos directos y reembolsos de seguros privados (por ejemplo, Organizaciones de Proveedores Preferidos (OPP) con seguros privados²² o seguro privado voluntario). En caso de que el gobierno controle el importe de las aportaciones y prestaciones de los regímenes de seguros, o si cubre alguna carencia en los fondos del esquema, éste último se clasificaría en el sector de gobierno general (S.13) en el SCN. Por ejemplo, los seguros de enfermedad obligatorios de Francia y Alemania pertenecen al sector institucional S.13 Gobierno general, que se corresponde con el FA.1 Gobierno general del SHA.²³ Lo mismo ocurre con Medicare en los Estados Unidos. Por el contrario, los Planes Privados y de Salud sin Fines de Lucro en los Estados Unidos, que se clasifican como seguros voluntarios en el SHA, en HF.2.1, en el SCN pertenecen al sector institucional S.12 Sociedades financieras. Esta partida se corresponde con la FA.2 Compañías de seguros en el SHA 2011. Lo mismo ocurre con los Fondos Obligatorios de Enfermedad en Suiza, ya que sus primas varían y no se fijan en función de los ingresos, los afiliados pueden cambiar de fondos y el gobierno no es propietario de los fondos. La complejidad de los métodos de financiamiento a la salud dificulta muchas veces la asignación de los esquemas de financiamiento, en particular si un esquema realiza actividades diferentes, como por ejemplo de provisión y de financiamiento y se relaciona con diferentes agentes de financiamiento.

No sólo se pueden presentar los esquemas de financiamiento utilizando la capacidad analítica de la clasificación de sectores institucionales del SCN, sino también los proveedores de servicios de salud (véase tabla A.1.12). En muchos países, un gran porcentaje de proveedores primarios forman parte del sector institucional “Sociedades no financieras” (S.11). El agrupamiento de proveedores en sectores institucionales es una de las condiciones previas de las cuentas del sector, que se detallan en el Anexo B. En el SCN, cada proveedor puede estar relacionado sólo con una unidad institucional. El capítulo 4 del SCN 2008 es una guía detallada para dividir las unidades institucionales por sectores. Por ejemplo, los hospitales, ya sean públicos o privados, se clasifican en sociedades no financieras (S.11) en el SCN, porque la mayoría de los servicios se prestan según las normas del mercado. Las unidades que suministran los servicios de salud en un modelo no de mercado forman parte íntegra del gobierno local al que pertenecen (S.13). Como ya se ha mencionado, los sectores institucionales analizan también la economía desde la perspectiva de la provisión, consumo, financiamiento, redistribución de ingresos o acumulación de capital. También se utilizan para distinguir entre lo público y privado en una economía. Por ejemplo, la medición de la producción de las Cuentas

²² Un PPO es un plan médico bajo el cual los afiliados pueden acudir a una red de proveedores de salud determinados, aunque en algunos casos dichos afiliados pueden salirse de la red y pagar una gran parte del costo del servicio (véase CMS, 2010).

²³ En el Manual de Eurostat de Déficit y Deuda Pública, el subsector institucional “fondos de la seguridad social (S.1314)” incluye todas las unidades institucionales centrales, provinciales y locales cuya actividad principal es conceder prestaciones sociales a los que cumplan los dos criterios siguientes: 1) por ley o reglamento, determinados grupos de población están obligados a participar en el esquema o pagar una cotización; 2) la administración general es responsable de gestionar la institución con respecto al establecimiento o aprobación de las cotizaciones y prestaciones, con independencia de su función como órgano supervisor o empleador.

Nacionales del Reino Unido distingue cuatro sectores privados (sociedades no financieras privadas, sociedades financieras privadas, hogares, e ISFLSH) y tres sectores públicos (sociedades públicas, gobierno central y gobierno local). Por tanto, para analizar la economía de la salud nacional se podrían subdividir los sectores institucionales en subsectores.

Tabla A.1.11. **Correspondencia entre la clasificación de esquemas de financiamiento (ICHA-HF) y los sectores institucionales del SCN (Ejemplos)**

	Sectores institucionales del SCN				
	Consumo en el SCN				
	Sociedades no financieras (S.11) FA.3	Sociedades financieras (S.12) FA.2	Hogares (S.14) FA.5	ISFLSH (S.15) FA.4	Gobierno general (S.13) FA.1
Esquemas de financiamiento del SHA 2011					
Esquemas gubernamentales (HF.1.1)					Gobierno general (HF.1.1)
Esquemas contributivos obligatorios (HF.1.2, HF.1.3)		Cuentas de ahorros médicos (HF.1.3)			Seguro social de salud (HF.1.2)
Seguros privados (HF.1.2.2 y HF.2.1)		Seguro privado obligatorio (HF.1.2.2) Seguro privado voluntario (HF.2.1)			
Esquemas de financiamiento de las ISFLSH (HF.2.2) Regímenes financiamiento empresas (HF.2.3)	Organizaciones de proveedores preferidos con seguros privados (HF.2.3.2)	Esquemas de financiamiento de las ISFLSH (HF.2.2)			
Hogares (HF.3)			Pagos directos de los hogares (HF.3)		

Fuente: IHAAT para SHA 2011.

Tabla A.1.12. **Correspondencia entre la clasificación de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP) y los sectores institucionales del SCN (Ejemplos)**

Proveedores de servicios de salud del SHA 2011	Sectores institucionales del SCN				
	Sociedades no financieras (S.11)	Sociedades financieras (S.12)	Hogares (S.14)	ISFLSH (S.15)	Gobierno general (S.13)
Proveedores primarios (HP.1-HP.6)	Consultorios médicos (HP.3.1), farmacias (HP.5.1). Hospitales privados (HP.2); Laboratorios (HP.4.2)			Hospitales generales sin fines de lucro (HP.1.1), ambulancias (HP.4.1) etc.	Hospitales universitarios públicos (HP.1) Instituto de salud pública (HP.6)
Administración y financiamiento del sistema de salud (HP.7)		Administración del seguro privado de enfermedad (HP.7.3) Planes de seguro sin fines de lucro (HP.7.3, HP.7.9)			Administración de salud financiada por el gobierno (HP.7.1) Administración del seguro social de salud (HP.7.2)
Hogares (HP.8.1)			Hogares como proveedores de servicios de salud domiciliarios (HP.8.1)		
Otros proveedores secundarios de servicios de salud (HP.8.2)			Todas las demás ramas de actividad como proveedores secundarios de servicios de salud (HP.8.2)		
Resto de la economía (HP.8.9)				Proveedores de asistencia social (HP.8.9)	

Fuente: IHAT para SHA 2011.

ANEXO B

La relación entre el SHA y el SCN

Introducción

Este anexo ilustra la relación entre el Sistema de Cuentas de la Salud (SHA) y el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN). Los lectores que conozcan bien las cuentas de la salud o las cuentas nacionales, pero no ambas, encontrarán una descripción de cómo se relacionan los gastos en salud y los datos de financiamiento notificados en las tablas de clasificación cruzada del SHA con las principales variables macroeconómicas del SCN. En otras palabras, el objetivo es desarrollar un lenguaje común entre los dos sistemas, que podría ser de gran utilidad tanto en la teoría como en la práctica.

Desde el punto de vista teórico, este anexo detalla cómo se pueden reorganizar y mostrar los datos en el SHA, de forma similar a como se hace en el SCN (es decir, tablas de oferta y utilización y la sucesión de las cuentas económicas integradas). Este tipo de representación permite a los usuarios relacionar las categorías incluidas en el SHA con las variables macroeconómicas incluidas en el SCN (por ejemplo, la relación entre el gasto corriente en salud y el consumo en salud de los hogares).

Al mismo tiempo, esta sección tiene un valor práctico para los encargados de generar las cuentas de salud, que necesiten extraer datos de las cuentas nacionales (por ejemplo, si la información básica incluida en el SCN es la única fuente para generar las tablas del SHA, o si es necesario hacer comparaciones con los agregados de las cuentas nacionales). Además, establece las directrices básicas para generar un conjunto completo de cuentas adicionales tipo SCN, que pueden complementar la información incluida en las tablas de clasificaciones cruzadas del SHA. La decisión de si se generan sólo las tablas del SHA, o también las del SCN, dependerá de las prioridades de cada país. La intención no es que el conjunto adicional de tablas del SCN forma parte esencial e íntegra en la generación de datos de la metodología revisada del SHA. Los interesados en mejorar el poder analítico del SHA pueden utilizar este anexo como guía para estudiar y notificar el gasto en salud desde una perspectiva diferente.

Una doble representación del sistema de salud

La información estadística incluida en el SHA se puede presentar mediante dos grupos de tablas, también denominadas cuentas: las tablas típicas de clasificación cruzada del SHA y un conjunto de tablas similares a las propuestas por el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN). Es necesario destacar que la información elemental en la que se basan las dos representaciones es la misma, es decir, los flujos y stocks identificados dentro de

los límites del SHA.¹

Cuando se delimita el sistema de salud, el SHA 2011 identifica dos grupos de límites (véase capítulo 4): el primero, conocido como la “estructura contable básica”, es esencialmente el valor de los productos de atención de la salud (bienes y servicios) consumidos por la población; el segundo, es la “estructura de cuentas ampliadas”, que ofrece una imagen económica completa del sistema de salud. La información incluida en la “estructura ampliada” puede a su vez agruparse en dos grupos: el primero incluye información específica de salud (como el gasto en salud por enfermedad, edad, sexo o bienes de salud) que se clasifica mediante las clasificaciones específicas del SHA y se presenta en tablas de clasificaciones cruzadas en este Manual. El segundo grupo incluye información que, por su naturaleza, no es necesariamente específica del sistema de salud (por ejemplo, insumos utilizados en la producción de los servicios de un hospital, como el agua y la electricidad) y que se puede organizar y presentar en un conjunto de tablas en T.²

Como se puede ver en el gráfico B.1.1, los dos conjuntos de información tienen puntos de coincidencia e identifican tres subconjuntos de información estadística: un primer conjunto de información que es típica del sistema de salud y que se puede mostrar utilizando sólo tablas SHA (área A en gráfico B.1.1), por ejemplo, el gasto en salud desglosado por características de beneficiarios, o expresado en términos estándares de paridad de poder adquisitivo (PPA) específicos de salud. Un segundo grupo comprende información macroeconómica del consumo de bienes de salud y su financiamiento, que se puede representar utilizando bien unas tablas tipo SCN, o las específicas del SHA. Finalmente, existe un tercer conjunto de información económica (los componentes de la parte de la utilización del sistema de salud que no son el consumo ni la oferta) que se puede representar utilizando solo tablas SCN. Ejemplos del primer y tercer conjunto se han dado anteriormente (gasto en salud por proveedor y enfermedad por una parte y la cuenta de producción por otra); mientras que un ejemplo de los puntos de coincidencia podría ser la información sobre el consumo de medicamentos.

En principio, la información registrada en el SHA sobre gasto en salud y su financiamiento también se incluye en el SCN, ya que este último cubre todas las actividades económicas (y transacciones financieras) que se pueden producir en un país.³ Los dos sistemas, sin embargo, notifican la información de forma diferente: el SHA, por ejemplo, emplea sus propias clasificaciones específicas (es decir, la clasificación ICHA de proveedores, de esquemas de financiamiento, derivada de los agentes, y funciones de salud), para desglosar el gasto en salud de forma más detallada. Además, el SHA subraya el origen y destino de los flujos económicos (y financieros) mediante el uso de tablas de clasificación cruzada. El SCN, por otra parte, se compone de dos grupos de tablas: la estructura de oferta y utilización (SUT)

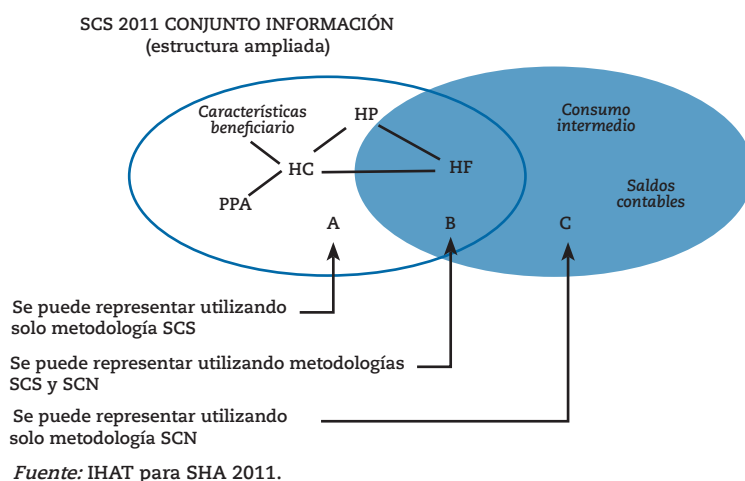
¹ Véase en capítulo 4 una definición de los límites del SHA. Aquí no se tienen en cuenta los límites de la salud en el SCN (COFOG o CIU). Por tanto, el valor total de los agregados correspondientes (es decir, gasto corriente en salud) es, en principio, el mismo.

² Véase en Cuadro B.1.2 una definición de las cuentas T.

³ Una diferencia importante es la forma en que se considera el comercio y los márgenes de transporte de productos farmacéuticos en el SHA. Véase Anexo A

(que incluye la tabla de insumo-producto y las cuentas por ramas de actividad) y la sucesión de cuentas económicas integradas (CEI) por sectores institucionales. La estructura de oferta y utilización (SUT) describe el proceso de producción de forma detallada (es decir, la estructura de costos, producción, ingresos generados y empleo) más las importaciones y el uso de bienes y servicios (es decir, el consumo intermedio y final, exportaciones y formación de capital), mientras que la sucesión de cuentas económicas integradas (CEI) da información sobre cómo se generan los ingresos, distribuidos y utilizados como consumo final o ahorros, así como el proceso de acumulación de los activos financieros y no financieros.

Gráfico B.1.1. **Conjunto de información del SHA 2011**



Aunque el método propuesto aquí utiliza la estructura de cuentas del SCN (es decir, las tablas de oferta y utilización y la sucesión de cuentas económicas integradas), conserva los conceptos del SHA, incluidas las definiciones de las variables y clasificaciones. Por ejemplo, todas las cuentas basadas en la sucesión de cuentas económicas integradas del SCN se crean tomando como referencia los proveedores de salud (véase capítulo 6) y los agentes de financiamiento de la salud (véase anexo D) en vez de los sectores institucionales en el SCN. Asimismo, los bienes y servicios de salud identificados por los límites del SHA se clasifican utilizando la clasificación funcional del SHA (véase capítulo 5) en vez de la CCP, COICOP o COFOG (una correspondencia entre las diferentes clasificaciones se puede ver en el anexo A).

El Gráfico A.2.2 más abajo destaca los puntos de conexión entre las dos representaciones. Las líneas discontinuas indican las relaciones entre las tablas, mientras que las líneas continuas indican la correspondencia entre los agregados del SHA y las contrapartidas en las tablas de oferta y utilización en la cuenta pertinente, en la sucesión de cuentas económicas integradas (CEI). Por tanto, se pueden establecer los siguientes vínculos:

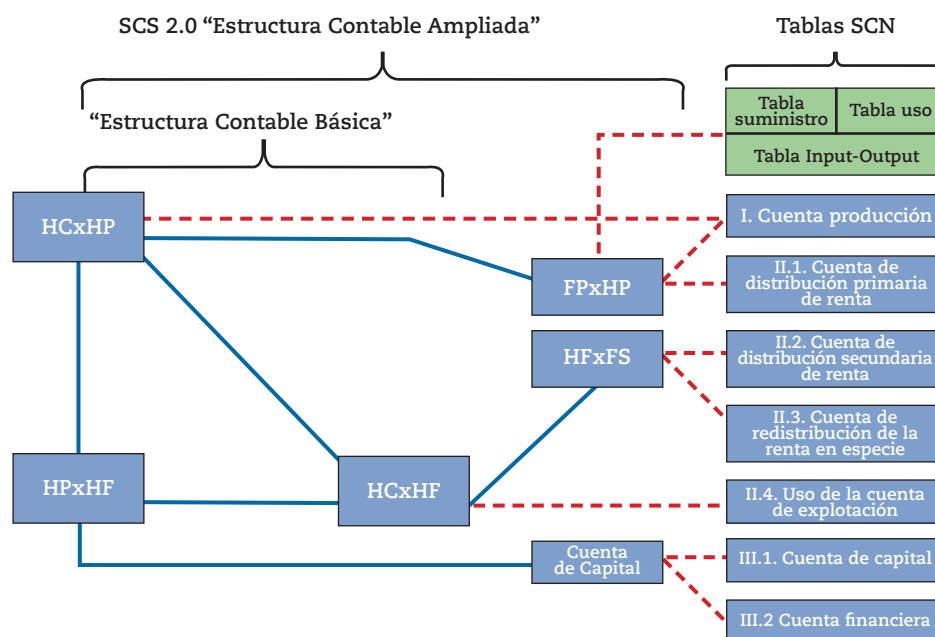
- El gasto corriente en salud notificado en el SHA es la suma de los bienes y servicios de consumo final de salud de las unidades residentes (véase capítulo 3). Cuando se desglosa por proveedores (como en la tabla HCxHP del SHA), también representa el valor de la parte de producción de los proveedores de salud que

consumen los hogares, instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH) y gobierno general a precios de mercado. El SHA denomina “provisión” al valor de la producción de los proveedores de salud utilizada como consumo final. La misma información se registraría en el SCN en las tablas de oferta y utilización y en la cuenta de producción, que es la cuenta que muestra la producción como recurso y el consumo intermedio como uso. El valor de los bienes y servicios consumidos como consumo intermedio por los proveedores de salud, también se registra en el SHA en las tablas HCxFP, que utiliza una clasificación específica de factores de provisión.

- La remuneración de los empleados de los proveedores de salud también se notifica en la tabla HPxFP. La remuneración de los asalariados se corresponde con la “remuneración de los asalariados” notificada en la cuenta de distribución primaria de renta en el SCN.
- En el SHA 2011, la tabla HFxFS informa de los ingresos de los esquemas de financiamiento (véase capítulo 8), es decir, los fondos que han sido transferidos a los agentes de financiamiento desde los organismos que recaudan y centralizan los fondos. Los ingresos los pueden recaudar diferentes organismos (por ejemplo, un gobierno central o local, una agencia de la seguridad social, un fondo de seguro comercial, un fondo empresarial, un proveedor de salud, etc.) a través de distintos mecanismos de aportación (por ejemplo, impuestos directos, indirectos, impuestos en las nóminas, es decir “cotizaciones a la seguridad social”, prepagos voluntarios, pagos al seguro voluntario de enfermedad). En el SCN, cada mecanismo de aportación se incluye en partidas diferentes de la clasificación de flujos económicos (denominada clasificación de transacciones) que se registra en una fase diferente de la sucesión de cuentas. Es el ejemplo de los impuestos sobre el tabaco de algunos países para financiar los programas de salud. En el SCN, se incluirían en la categoría de impuestos sobre los productos y se notificarían en “cuenta de distribución primaria de la renta”, que es la cuenta que muestra el valor agregado generado por la mano de obra en concepto de remuneración de los asalariados y el valor de producción que se paga al gobierno en concepto de impuestos (menos subsidios) sobre los productos. De la misma forma, las “cotizaciones al seguro social de salud” se incluirían en una categoría más amplia de “cotizaciones sociales” y se notificarían en las “Cuenta de distribución secundaria de la renta”, que refleja la redistribución del ingreso (primaria) a través de las transferencias monetarias (renta e impuestos sobre la propiedad, cotizaciones sociales, prestaciones sociales, otras prestaciones sociales en especie y otras transferencias corrientes). El SHA, sin embargo, se centra sólo en el último paso, es decir, en la tabla HFxFS se registran sólo los recursos de los esquemas de financiamiento (que pagan los proveedores de salud), mientras que el SCN notifica todas las transacciones, algunas en la “Cuenta de distribución primaria de la renta” y el resto en la “Cuenta de distribución secundaria de la renta”. Estas últimas cuentas registran también todas las transferencias entre los diferentes participantes (por ejemplo, la transferencia de fondos desde el gobierno central al local), que en la documentación de financiamiento de la salud se conoce como “mancomunación”, y que no se registra en el SHA (véase capítulo 8 y anexo D).

- La compra de bienes de salud a los proveedores que realizan las entidades que centralizan los fondos (pagadores terceros) o los hogares como gastos directos,

Gráfico B.1.2. **Conexiones entre el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) y el Sistema de Cuentas de la Salud (SHA)**



Fuente: IHAT para SHA 2011.

se registran en la tabla HPxHF del SHA. En el SCN, estos gastos se registran en la "cuenta de utilización de la renta disponible".

- Finalmente, la cuenta de capital del SCN registra el valor de los activos no financieros que se han adquirido o enajenado. La información de las adquisiciones menos las enajenaciones se puede combinar con los ahorros y las transferencias de capital para calcular la variación del patrimonio neto. En el SHA existe una cuenta similar (véase capítulo 11). La versión del SHA de la cuenta de capital, sin embargo, se amplía para incluir las variaciones en los activos financieros, que se registrarían en las cuentas financieras del SCN.

Para concluir, todos los agregados incluidos en el SHA que contabilizan las actividades de producción de la salud, recogida de fondos, centralización de fondos, compra de bienes y servicios de salud y acumulación, en principio, también se registran en el SCN. Por tanto, la información que se recoja de la estructura contable ampliada del SHA se puede utilizar para producir las tablas tipo SCN.

Diferencias entre el SHA y el SCN

Aunque el SHA adopta definiciones y conceptos derivados del SCN, existen diferencias importantes que se deberían tener en cuenta cuando se comparan los dos sistemas, como por ejemplo la ampliación de los límites de producción en el

SHA, la inclusión de algunos servicios auxiliares en consumo final, el tratamiento que se da a los productos que compran los minoristas para volverlos a vender y la capitalización de la investigación y el desarrollo.

El SHA amplía los límites de producción del SCN al incluir, bajo determinadas condiciones, una parte de la producción de servicios de salud de los hogares de uso final propio. La ampliación de los límites de producción se limita a aquellos servicios de salud cuyos costos están parcial o totalmente cubiertos por las ayudas a la dependencia. Por tanto, si los hogares reciben transferencias en metálico para cubrir una parte importante de los costos de los servicios que se prestan a las personas con problemas graves de movilidad o cognitivos, en el SHA las transferencias se consideran cuasi salarios y se calcula e incluye un “valor de producción” correspondiente en el gasto corriente en salud.

En segundo lugar, el consumo final de servicios de salud en el SHA también incluye los servicios de “salud ocupacional” (por ejemplo, control de la salud de los asalariados y atención terapéutica dentro y fuera de las instalaciones de la empresa, véase capítulo 5), que se considera una actividad auxiliar en la estructura central del SCN y se trata como consumo intermedio.

En tercer lugar, el SHA considera consumo intermedio los productos que compran los minoristas para volverlos a vender, mientras que el SCN los excluye, ya que solo se realiza un trabajo mínimo de clasificación, limpieza, embalaje, etc. De estos dos modelos se derivan dos consecuencias: 1) los productores de bienes de salud se excluyen en la clasificación de proveedores, y 2) en el SHA, la producción de los minoristas se mide sumando el valor total de los productos que compran para volverlos a vender, sumando el margen comercial, mientras que en el SCN solo se tiene en cuenta el último componente.

Por último, en el SCN la investigación y desarrollo se considera un activo no financiero (y por tanto se incluye en las cuentas de capital) mientras que el SHA 2011 excluye la creación de activos de I+D por razones prácticas.

Cuadro B.1.1. **Gasto en consumo final y consumo final efectivo de los hogares**

El consumo final comprende el gasto final en bienes y servicios (bienes y servicios que no se utilizan con un objetivo de producción). Los bienes y servicios finales se adquieren para satisfacer de forma directa las necesidades humanas, tanto individuales como colectivas. Tres sectores diferentes pueden adquirir productos de consumo:

1. Los hogares adquieren bienes y servicios (para consumo individual), que utilizan para satisfacer las necesidades y deseos de los miembros del hogar.
2. El gasto del gobierno en beneficio de personas específicas (por ejemplo atención de la salud, educación, ayudas alimentarias, etc.). Además del gasto en beneficio de las personas, el gobierno también gasta en servicios colectivos, como administración pública, defensa, seguridad, mejora de la salud general, etc., que benefician a la sociedad en su conjunto, pero no a personas específicas.
3. El gasto en consumo final de instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH) que se clasifican por convención solo como consumo individual.

Por tanto, para satisfacer sus necesidades, los hogares se benefician de algunos bienes y servicios pagados por ellos mismos y por otras instituciones (gobierno e ISFLSH). Los productos adquiridos por el sector público, o las ISFLSH, se transfieren a los hogares en concepto de transferencias sociales en especie. La tabla de abajo muestra el gasto en consumo final por sectores institucionales (gasto efectivo) y por objetivos (consumo individual o colectivo).

Gasto en consumo final y consumo final efectivo de los hogares

Objetivo	Sector			Total adquisiciones
	Hogares	Administración	ISFLSH	
Individual	X	X (=Transferencias sociales en especie)	X (=Trasferencias sociales en especie)	Consumo individual final efectivo de los hogares
Colectivo		X		Consumo público final efectivo colectivo
Total	Gasto en consumo final hogares	Gasto en consumo final Administración	Gasto consumo final ISFLSH	Consumo final efectivo= Gasto en consumo final total

Fuente: IHAT para SHA 2011.

Por tanto, el gasto total de consumo individual que beneficia a los hogares es igual a la suma de:

1. Gasto en consumo final de los hogares;
2. Transferencias sociales en especie del gobierno;
3. Transferencias sociales en especie de las ISFLSH.

La suma de los tres componentes es el "Consumo final individual efectivo de los hogares". Este concepto fue introducido en el SCN93 con el objetivo de comparar mejor el consumo final de los hogares a través del espacio y el tiempo tanto en un país concreto como a escala internacional, teniendo en cuenta las políticas sociales y las actividades de las ISFLSH

Transferencias sociales en especie

Las transferencias sociales en especie incluyen:

1. El gasto individual final del sector público (menos las ventas). Incluye la producción individual de bienes y servicios del sector público que distribuye de forma gratuita a las personas, como por ejemplo la educación, salud, seguridad social y bienestar, deportes y ocio, cultura, alojamiento, recogida de residuos domésticos y gestión del transporte. Excluye la administración pública general y los gastos de investigación en cada categoría.
2. Prestaciones sociales en especie, que incluyen:
 - a) Reembolsos a los hogares de determinados bienes y servicios que compran en el mercado procedentes de los fondos de la seguridad social de la administración;
 - b) Otras prestaciones en especie de la seguridad social excepto los reembolsos. Incluye los bienes y servicios que no produce el sector público pero que compran y distribuyen de forma gratuita o casi gratuita a los hogares bajo los fondos de la seguridad social (se debe deducir cualquier pago de los hogares);
 - c) Prestaciones de asistencia social en especie. Incluye los bienes y servicios similares a otras prestaciones de la seguridad social, pero no bajo los esquemas de la seguridad social.

Tablas de oferta y utilización de la salud

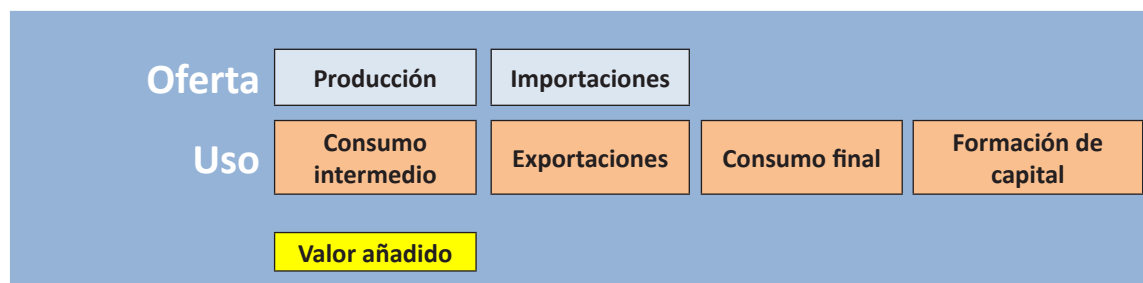
Esta sección estudia más detenidamente las tablas de oferta y utilización de servicios de salud. Cualquier bien o servicio de salud disponible en una economía se debe haber producido internamente o haber sido importado. Al mismo tiempo, cualquier bien o servicio de salud que entre en una economía se debe utilizar para el consumo intermedio, consumo final, formación de capital (incluidas las variaciones de inventario) o exportaciones (gráfico B.1.3). Estas dos definiciones se pueden combinar para dar la identidad contable siguiente:

Ecuación 1. Identidad contable de bienes y servicios

Oferta	=	Utilización
Producción + Importaciones	=	Consumo intermedio + Consumo final + Formación de capital + Exportaciones

Restando el “consumo intermedio” de ambos lados de la identidad anterior obtenemos la denominada “cuenta de bienes y servicios”, que es una de las más básicas, si no la más básica del SCN.^{4,5} Esta identidad se puede formar para cualquier bien o servicio. Un conjunto completo de identidades de productos de atención de la salud (bienes y servicios) se pueden ordenar en una matriz, en la que cada fila represente un producto de salud y cada columna el oferta y utilización.

Gráfico B.1.3. **Tablas de oferta y utilización (H-SUT)**



Fuente: IHAT para SHA 2011.

Tabla de oferta de salud (H-ST)

Tomando solo la parte izquierda de la identidad, se puede aislar una matriz más pequeña, con los productos de la salud en las filas y las columnas mostrando si proceden de un productor nacional o han sido importados. Como dicha matriz sería difícil de manejar, debido al gran número de filas, es conveniente agruparlos. Los productos se pueden clasificar según la clasificación funcional de salud (véase capítulo 5) o una clasificación de productos de la salud (véase anexo E).

A efectos analíticos, sin embargo, podría ser de interés identificar los productores nacionales de bienes y servicios de salud, lo cual se podría conseguir introduciendo columnas separadas para cada grupo de proveedores y utilizando la clasificación de proveedores de salud (véase capítulo 6). Sin embargo, un productor también puede producir productos relacionados con la salud y productos no de salud. Estos productos relacionados con la salud y no de salud se pueden registrar en filas separadas. De esta forma, se podría guardar toda la información de la producción de cada proveedor, lo cual podría facilitar la comprobación de su coherencia. Por la misma razón, también podría ser de interés registrar los impuestos (menos subsidios) de cada producto. Un ejemplo de una matriz completa podría ser

La tabla de oferta de salud (tabla B.1.1) muestra en cada fila el producto de salud (clasificado según la clasificación funcional) producido por los proveedores

⁴ Los usos de los productos se valoran normalmente a precios de adquisición y la producción a precios básicos, por lo que es necesario añadir los márgenes comerciales y de transporte, así como los impuestos sobre los productos menos los subsidios a los productos en la parte izquierda (oferta/oferta) de la identidad, para que ambas partes expresen precios de adquisición. Por tanto una identidad contable más precisa se obtiene de:

Producción (a precios básicos) + Importaciones + IVA no deducible + Otros impuestos sobre los productos - Subsidios de productos + Márgenes comerciales + Márgenes de transporte = Usos.

También las importaciones y exportaciones requieren una consideración especial por la valoración cif/fob.

⁵ Véase SCN 2008, 14.11.

Tabla B.1.1. **Tabla de oferta de salud (H-ST)**

	Proveedores de bienes y servicios de salud			Impuestos -menos subsidios a productos	Producción total	Importaciones (f.o.b.)	Recursos totales
	HP ₁	HP _j	HP ₉				
	(1)	...	(9)				
Bienes y servicios de salud (*)	HC ₁ : HC _i : HC ₉	A _{i,j}	(T-S) _i	THO _i = Σ _j A _{i,j} +(T-S) _i	I _i	TR _i = THO _i +I _i	
Producción salud		B _j = Σ _i A _{i,j}	Σ _i (T-S) _i	Σ _i Σ _j A _{i,j} + (T-S) _i	Σ _i I _i	Σ _i TR _i	
Productos relacionados con salud	HCR.1 . HCR _k	C _{k,j}					
Total producción relacionada con la salud		D _j = Σ _k C _{k,j}					
Producción no de salud		E _j					
Producción total		F _j = B _j + D _j + E _j					

*: Los bienes de salud corresponden a las funciones de salud.

Fuente: IHAT para SHA 2011.

nacionales y los importados.⁶ La suma de los dos componentes (producción e importaciones) representa el valor de los recursos de salud disponibles.

Descripción de los componentes de la H-ST

- Columnas de la H-ST

Proveedores de salud

En la tabla H-ST de oferta de salud, la matriz A muestra las diferentes categorías de bienes de salud producidos por cada uno de los proveedores. La producción total de salud de cada proveedor aparece en el vector B. Cada componente B_j del vector B representa la producción total de salud de cada proveedor incluido en la clasificación HP.

El valor de la producción secundaria de los proveedores de atención de la salud (producción relacionada con la salud y producción no de salud) se debe registrar en la matriz C y el vector E, respectivamente. Cuando un proveedor produce productos relacionados con la salud como actividad secundaria, estos productos se registran en la matriz C, por tipo de producto relacionado con la salud. El vector D corresponde a la producción total relacionada con la salud que produce de forma secundaria cada proveedor. Por ejemplo, un establecimiento con atención de enfermería de larga duración que esté conectado a un establecimiento que presta servicios de asistencia social: los precios de esta última actividad se registrarían en la columna HP.2.1 (Establecimiento con atención de enfermería de larga duración) en la fila HCR.1 (por ejemplo, si corresponde a asistencia social de larga duración) en la celda C_{1,2.1} en la matriz C, y si es el único importe de producción relacionada con la salud, dicho importe se registraría en el vector D en el concepto de

⁶ Los bienes de salud se valoran a precios básicos o c.i.f. El oferta total de cada producto en precios de adquisición se calcula añadiendo los márgenes comerciales y de transporte, los impuestos menos las subvenciones a los productos. Los ajustes c.i.f./f.o.b. se hacen para calcular las importaciones totales a precios franco fábrica.

producción relacionada con la salud que presta de forma adicional el proveedor. Los componentes D_j del vector D representan el valor total de la producción relacionada con la salud de cada proveedor.

Como los proveedores de salud pueden producir productos no de salud como actividad secundaria, esta se podría registrar en el vector E . Por ejemplo, muchos productores venden productos no de salud. Por ejemplo, cobran a los visitantes por aparcar o por las comidas que sirven (no por las que dan a los pacientes internados o al personal).

Por último, el vector F muestra la producción total de los proveedores de salud, que es probable que esté compuesta principalmente por bienes y servicios de salud, pero que también puede incluir productos relacionados con la salud y no de salud. Los componentes F_j del vector F serían la suma de los componentes $B_j+D_j+E_j$ de proveedores no de salud que producen servicios de salud como actividad secundaria.

Algunos productores de productos relacionados con la salud también producen, como actividad secundaria, bienes de salud. Por ejemplo, los proveedores de ayuda domiciliar realizan una producción relacionada con la salud en forma de asistencia social, pero también pueden prestar atención de enfermería, además de otros servicios no de salud. La producción relacionada con la salud se podría registrar en las matrices C ; las ventas de servicios de enfermería se podrían registrar en A ; mientras que la producción no de salud se podría registrar en el vector E . La producción total sería la suma de los tres tipos de producción y se debería registrar en el vector F .

Por último, existen productores no de salud que gestionan sus propios programas de salud ocupacional de forma privada, produciendo sus propios servicios de salud para sus empleados y sus familias. A veces, estas unidades productivas crean establecimientos separados para estos fines, y por tanto, estos establecimientos se pueden considerar proveedores de salud. En otros casos, los productores no de salud suministran bienes de salud sin crear un establecimiento independiente, es decir, los producen como una actividad secundaria o, como con frecuencia es el caso, como actividad auxiliar. Además, muchos de los productores no de salud ofrecen servicios de salud ocupacional a sus empleados como servicio auxiliar. Según el SHA, estos servicios auxiliares se deben considerar una producción separada. Esta es una diferencia conceptual entre las cuentas nacionales y el SHA. Los servicios auxiliares se registrarían como producción de productores no de salud en la matriz A . La producción total de salud de estos productores no de salud se registraría en el vector B .

Impuestos menos subsidios de productos

La tabla de oferta registraría también los impuestos menos los subsidios de productos de la salud. En algunos países, por ejemplo, existe el impuesto de valor agregado (IVA) sobre productos farmacéuticos y otros productos médicos no perecederos y aparatos terapéuticos. En otros países, se gravan impuestos sobre determinados servicios de salud.

La suma del valor de los bienes de salud (a sus precios básicos) más los impuestos menos los subsidios es igual al valor de la producción de salud a precios de adquisición. La columna I corresponde a las importaciones de bienes y servicios de salud. Los recursos totales disponibles que utiliza el sistema de salud se muestran en la columna TR .

- *Filas de la H-ST*

Los datos de cada categoría de productos relacionados con la salud y de salud que se producen se incluyen en las filas. El valor de los bienes y servicios de salud se desglosa por proveedores y se calcula a precios básicos, en la matriz A. El valor también se expresa a precios de adquisición añadiendo impuestos y restando subsidios. Cada componente de la columna producción total representa el valor de los bienes de salud producidos en el territorio económico. Sumando las importaciones de cada producto, obtenemos los recursos totales por funciones/bienes de salud que pueden utilizar las unidades residentes.

Tabla de utilización de salud (H-UT)

De forma similar a la tabla de oferta, en la H-UT la información incluida en la parte derecha de la ecuación [1] se puede colocar en una matriz para tener una imagen completa de cómo se utiliza lo que producen los proveedores de salud. La matriz tendría forma rectangular, en que las filas representan todos los bienes de salud disponibles en una economía, a precios de adquisición y las columnas indicarían los distintos tipos de usos.

Aunque es probable que los bienes y servicios de salud se produzcan para utilizarlos en el país, una parte pequeña se pueden exportar, o pueden ser productos intermedios que compran otros proveedores. El valor de la producción de proveedores de salud puede ser, por tanto, diferente al valor del consumo final en salud. Consideremos por ejemplo un médico en una consulta privada que trabaje a tiempo parcial en un hospital. En ese caso, una parte de su producción la adquiere otro proveedor de salud como consumo intermedio. Si se supusiera que la producción de los proveedores de salud es igual que el consumo final, tendríamos un problema de doble contabilidad, ya que la suma de la producción del hospital más la producción del médico duplicaría el valor del servicio que el hospital ha comprado al médico.

Lo mismo puede ocurrir con los bienes de salud importados. Las importaciones se pueden utilizar como consumo final y también como consumo intermedio. Utilizando el mismo ejemplo, si un médico trabaja a tiempo parcial en un hospital de su país y estuviera residiendo en el exterior, la compra de su servicio sería un servicio importado utilizado como consumo intermedio.

Además, el beneficiario de los servicios de salud de los proveedores residentes puede ser una unidad residente o no residente. Por ejemplo, el servicio que presta un hospital del país a un turista extranjero se consideraría un servicio exportado.

Por tanto, los bienes y servicios de salud disponibles en una economía determinada se podrían utilizar en principio como consumo final, consumo intermedio o para exportar.

Al mismo tiempo, los proveedores de salud podrían comprar productos relacionados con la salud o no de salud para sus procesos de producción. Por ejemplo, los productos químicos en servicios diagnósticos auxiliares como de imagenología y laboratorios clínicos.

Sin embargo, es posible que los bienes de salud sólo se utilicen como consumo final. La perspectiva de consumo final es el consumo efectivo de los hogares, a

pesar del hecho de que parte de los gastos se financien con esquemas de seguros médicos y el consumo colectivo de servicios y fondos de administración.

Descripción de los componentes de la H-UT

- *Columnas de la H-UT*

Los proveedores de salud utilizan distintos insumos para su producción. Estos productos podrían ser producidos por otros proveedores, productos relacionados con la salud o no de salud.

Los bienes de salud utilizados como consumo intermedio por otros proveedores de salud se deben registrar en la matriz HIC. Por ejemplo, un hospital que utilice un laboratorio externo para los análisis de sangre. Los proveedores de salud también pueden subcontratar a profesionales autónomos, como médicos, enfermeras y otros profesionales que trabajen por cuenta propia. La subcontratación de estos trabajadores se debe registrar como consumo intermedio del proveedor a quien estos profesionales autónomos prestan sus servicios.

Los proveedores de salud también consumen productos relacionados con la salud y no de salud. Estos productos se deben registrar en las matrices HRIC y NHIC, respectivamente. Un ejemplo de productos relacionados con la salud utilizados como consumo intermedio sería un trabajador social autónomo que presta sus servicios en un hospital (planificación familiar, terapia de grupo e individual en salud mental y adicciones), mientras que los productos no de salud incluirían el agua, electricidad, etc.

Los usos finales incluyen tres categorías: consumo final, formación bruta de capital y exportaciones.

El consumo final de bienes y servicios de salud describe todos los bienes y servicios de salud que se utilizan para el uso final de los hogares tanto de forma individual como colectiva. El consumo individual final (vector IFC) incluye todas las funciones y productos de la salud que se suministran a los hogares para su uso final, como por ejemplo los servicios de atención curativa, de rehabilitación, atención de larga duración, servicios auxiliares y productos farmacéuticos, entre otros. Todos los servicios de salud forman parte del gasto en salud de las personas, con independencia de quien los financie. La columna representada en el vector IFC muestra el consumo individual total por producto o servicio de salud.

La recaudación y administración de fondos que son consumo final corresponden a las funciones/bienes de salud y prevención, así como de la administración y seguros de salud. Incluye los costos de administración no sólo del seguro público de enfermedad sino también el seguro médico privado. Los importes respectivos se deben registrar en el vector CCAF.

El vector formación bruta de capital (HGCF) registra todos los activos producidos por los proveedores de salud y adquiridos como formación bruta de capital. En la práctica, la propiedad intelectual se incluye en esta columna, más la "Variación de existencias" (p.ej. productos farmacéuticos perecederos y otros aparatos terapéuticos y médicos no perecederos).

Tabla B.1.2. **Tabla de utilización de salud (H-UT)**

		Consumo intermedio			Usos finales		Formación bruta de capital	Exportaciones	
		Proveedores de bienes y servicios de salud		Consumo intermedio total	Consumo final de bienes y servicios de salud				
		HP ₁	HP _i		HP _g	Consumo Individual			Consumo colectivo
		(1)	...	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
Bienes y servicios de salud (*)	HC ₁								
	...								
	HC _g								
	Totales	$\sum_i HIC_{ij}$			$\sum_j HIC_{ij}$	$\sum_i IFC_i$	$\sum_i CCAF_i$	$\sum_i HGCF_i$	$\sum_i X_i$
Otros productos	Productos relacionados con la salud	HRIC _j			$\sum_j HRIC_j$			Software producido por hospitales para otros hospitales	
	Productos no de salud	NHIC _j			$\sum_j NHIC_j$			Otros activos producidos por proveedores de atención de la salud	
	Totales	TIC _j			TIC				
	Valor agregado bruto (salud)	GVA _j			GVA				
	Valor agregado neto (salud)	NVA _j			NVA _j				
	Remuneración empleados	D1 _j			D1				
	Otros impuestos menos subsidios a la producción	(D29-D39) _j			(D29-D39)				
	Excedente bruto de operación /Renta mixta bruta	(GOS/GMI) _j			(GOS/GMI) _j				
	Excedente bruto de operación /Renta mixta neta	(NOS/NMI) _j			(NOS/NMI) _j				
	Consumo de capital fijo	CCF _j			CCF				
	Formación bruta de capital fijo	GFCF _j			GFCF				
	Insumo mano de obra de salud, de:	L _j			L				
	- Empleados								
	- Autónomos								

*: Los bienes de salud clasificados según la clasificación de funciones de salud.
Fuente: IHAT para SHA 2011.

La columna “Exportaciones (X)” muestra los importes de los bienes de salud que se prestan a las unidades no residentes.

- *Filas de la H-UT*

Como se ha mencionado anteriormente, esta tabla muestra los bienes de salud (recursos) que pueden utilizar otros proveedores como consumo intermedio, y los hogares como consumo final, tanto individual como colectivamente, o exportarse. Por lo que respecta a los productos médicos dispensados a los ambulatorios, muestra lo que se puede utilizar como consumo intermedio, consumo final, almacenar o exportar.

La primera sección de “Bienes y servicios de salud” refleja los tipos de producto/función, con una ampliación para otros productos que se utilizan para prestar algunos servicios médicos, y muestra la forma en que se utilizan en el sistema de salud. La sección “Productos no de salud” que aparece en una fila, sólo incluye otros insumos utilizados para producir servicios de salud y relacionados con la salud. Por ejemplo, los servicios de internamiento que forman parte de la atención curativa, por el hospital A, se utilizan como consumo final individual. Sin embargo, si el hospital B subcontrata al hospital A para prestar estos servicios a los pacientes, la provisión de estos servicios se considera consumo intermedio del hospital B. La producción de estos servicios (que aparece en la tabla de oferta de salud) prestados por el hospital A al hospital B ya se incluye en la producción del hospital B, y por tanto se asignan como utilizados por los hogares como consumo final individual.

La producción de los servicios colectivos de salud (prevención y servicios de salud pública y administración de la salud y seguro de salud) se asignan con el código de producto respectivo al consumo final como consumo colectivo y administración de fondos (vector CCAF). En la tabla H-UT propuesta, el costo del seguro médico privado se considera consumo final de fondos de administración, junto con el consumo colectivo del gobierno general.

Los bienes y servicios de salud que se prestan a los no residentes se registran por tipo de servicio de salud en el vector X, como exportaciones. Por ejemplo, los servicios prestados por los hospitales a los no residentes se registran en este vector por tipo de servicio prestado. Además, las exportaciones de productos farmacéuticos y otros productos médicos se registran en el vector X en el producto respectivo. De hecho, los productos médicos que pueden utilizar otros proveedores como consumo intermedio, se pueden asignar a consumo final de los hogares cuando se dispensa a los pacientes ambulatorios, y pueden ser exportados o guardados en stock (columna GCF).

La fila “Valor agregado bruto, por proveedor”, es el resultado de la diferencia entre producción total por proveedor y consumo intermedio por proveedor.

La fila “Otros impuestos menos subsidios a la producción” incluye “Otros impuestos a la producción” (igual a D29 en SCN93) y “Otros subsidios a la producción” (igual a D39 en el SCN) que pagan o reciben los proveedores de bienes y servicios de salud.

El superávit operativo corresponde a la renta obtenida por los productores por el uso de sus propios establecimientos de producción. Es el saldo contable de la cuenta de explotación, y se puede calcular de forma separada o como saldo contable. El “Superávit operativo bruto” es uno de los componentes del “Valor agregado bruto” en el modelo de renta.

Los autónomos y los trabajadores por cuenta propia obtienen ingresos que no se pueden dividir en beneficios y lo que se puede considerar remuneración de su trabajo. Este tipo de ingresos se denomina “renta mixta”.

La “Formación bruta de capital” incluye la inversión de los proveedores de salud en activos (tangibles e intangibles). La formación bruta de capital comprende: la formación bruta de capital fijo; variación de existencias; y adquisiciones menos enajenaciones de objetos valiosos.

Hay que tener en cuenta la diferencia entre el agregado “Formación bruta de capital” notificado en el vector HGCF y el vector GFCF. El primero se refiere a los bienes de capital producidos por los proveedores de salud. El último registra los bienes de capital adquiridos por los proveedores.

La fila “Consumo de capital fijo” mide la disminución en valor de los activos fijos como consecuencia de su uso en el proceso de producción. Permite cambiar de “Saldo contable bruto” a “Saldo contable neto”. Es un componente de producción no de mercado, porque se considera un coste de producción. En este caso refleja solo los proveedores de salud.

La mano de obra de salud mide el empleo en salud, que se puede dividir en asalariados y autónomos. Puede ser una medida de personas, puestos de trabajo o tiempo trabajado. La renta que perciben los asalariados por su participación en el proceso de producción se registra en “Remuneración de asalariados”. La renta que se paga a los autónomos es una “renta mixta”. Una persona puede trabajar como asalariado y como autónomo. En determinadas circunstancias, la primera es la actividad principal.

Las zonas sombreadas en la tabla B.1.2 ofrecen información identificada por los límites del SHA, que se puede representar en las tablas de clasificaciones cruzadas del SHA, así como en la tabla de uso de la salud (es decir, gasto corriente en salud + formación de capital). La primera parte (parte derecha superior) incluye el consumo final de bienes de salud clasificados mediante la clasificación funcional. La segunda notifica la formación bruta de capital desglosada por proveedores.

Secuencia de cuentas económicas integradas de salud (H-IEA)

Las tablas de oferta y utilización de salud, junto con la tabla de insumo-producto, sirven para analizar de forma detallada los procesos de producción y el uso de los bienes y servicios de la salud. La información notificada en la tabla de oferta y utilización se puede ampliar para mostrar, por una parte, cómo los ingresos obtenidos por la producción de bienes y servicios de salud se dividen en factores de producción (mano de obra y capital), o se utilizan para que los proveedores de salud compren bienes de capital. También puede mostrar cómo puede aumentar la renta de los hogares con la provisión de los bienes y servicios de salud y cómo se recaudan, centralizan, transfieren y se utilizan finalmente los recursos necesarios para la provisión de los productos de la salud.

Estudiemos por ejemplo el consumo. Como ocurre con otros productos, el consumo de servicios de salud es el resultado de una elección entre gastar los recursos disponibles o guardarlos para utilizarlos en un futuro. Estos dos usos posibles del dinero disponible, es decir, consumo (denominado “gasto en consumo final” en la

Cuadro B.1.2. **Cuenta en T**

Una cuenta en T es una herramienta normalizada contable cuyo nombre proviene de la letra mayúscula T.

Nombre de la cuenta	
Usos	Recursos

El título de la cuenta se notifica en la parte superior de la T. La parte izquierda de la base de la T incluye los *usos* (es decir, el importe gastado), mientras que la derecha muestra los *recursos* (es decir, el importe recibido). La parte vertical de las cuentas T muestran las transacciones, cada una de las cuales identifica un una fila donde se notifican las anotaciones, bien en la parte de usos o recursos.

La diferencia entre recursos totales registrados en un lado de la cuenta y sus totales registrados en el otro lado de la cuenta nos da un *saldo contable*. Los saldos contables son constructos económicos de interés analítico. Ejemplos de saldos contables en las Cuentas Nacionales son el valor agregado, renta disponible y ahorros. Los saldos se pueden expresar en bruto o en neto, siendo la diferencia el consumo de capital fijo.

Las cuentas T se pueden utilizar en cualquier unidad estadística (es decir, hogares y proveedores) o grupos de unidades estadísticas. Para simplificar la lectura y comparación de grupos de unidades diferentes, las cuentas T se pueden presentar de forma más compacta. Utilizando solo una tabla, se pueden presentar los usos en columnas contiguas a la parte izquierda. Lo mismo se puede hacer con los recursos agrupados en la parte de la derecha.

Nombre de la cuenta			
Usos		Recursos	
Hogares	Proveedores	Proveedores	Hogares

Hay que tener en cuenta que cada transacción implica que el importe gastado por la unidad es igual al importe recibido por la otra unidad. Por tanto hay un par de asientos que coinciden, uno en el uso de la unidad que realiza el pago y el otro como recurso de la unidad que recibe el pago. Este principio se denomina tradicionalmente de partida doble. Otro paso es la “consolidación” de las cuentas. Una *cuenta en T consolidada* es simplemente un agregado de cada una de las cuentas T.

Nombre de la cuenta	
Usos	Recursos
Todas las unidades	Todas las unidades

jerga de las cuentas nacionales) y ahorro, se registran en la sucesión de cuentas integradas en la tabla denominada “cuenta de utilización de la renta disponible”.

Utilizando el mismo ejemplo, podríamos preguntarnos quién ha comprado un servicio concreto. ¿Fue un hogar utilizando sus propios recursos, o fue el gobierno (o la seguridad social o una ISFLSH)? Si fue el gobierno quien compró el servicio de salud, es evidente que éste no fue quien consumió el servicio de salud. Más bien, los hogares se beneficiarían del servicio. En consecuencia, el valor de los bienes y servicios consumidos por los hogares (el “gasto en consumo final” incluido en el “cuenta de utilización de la renta disponible”) se podría ajustar añadiendo el valor de esos bienes y servicios que, aunque pagados por el gobierno, consumieron realmente los hogares. Por tanto, las Cuentas Nacionales emplean una tabla diferente para notificar el “consumo efectivo”, a diferencia del “gasto en consumo final”. Esta tabla se titula “Cuenta de uso de la renta disponible ajustada”. En una lógica contable, en la que es indispensable la coherencia, si se ajusta la cantidad gastada, los recursos disponibles también hay que ajustarlos, por lo que para gastar más se necesita más. Por tanto, el concepto “renta disponible” también hay que modificarlo, para tener en cuenta el valor de los bienes y servicios transferidos a los hogares. Por tanto, la suma algebraica de la renta disponible y las transferencias (denominada transferencias sociales en especie) da como resultado la “Renta disponible ajustada”, que se notifica en la “Cuenta de redistribución del ingreso en especie”. La “Renta disponible ajustada” supera la “Renta disponible” de las unidades económicas, como los hogares, que reciben las transferencias, mientras que lo contrario se aplica a las unidades que ofrecen bienes y servicios (por ejemplo, el gobierno)

Además de la compra de bienes y servicios de salud en nombre de los hogares, el sistema de salud se caracteriza por otro tipo de transferencias y, en general, por otro tipo de transacciones.⁷ Por ejemplo, las transferencias de fondos entre el gobierno central y local, o entre el gobierno central y el Servicio Nacional de Salud; otro ejemplo sería el pago de las cotizaciones a la Seguridad Social, o el pago de primas a las compañías de seguros médicos privados, o la transferencia de fondos desde el extranjero a proyectos específicos de salud (por ejemplo, programas contra el SIDA). Todas las transacciones relacionadas con el sistema de salud se pueden agrupar según las actividades económicas a las que se refieren, como por ejemplo la producción de bienes y servicios de salud y la generación, distribución, redistribución y uso de la renta. En las cuentas nacionales cada transacción se registra en una cuenta específica.

Cada cuenta muestra los recursos que tienen a su disposición las unidades institucionales y los usos que hacen de los mismos. La diferencia entre recursos totales registrados en una parte de la cuenta y los usos totales registrados en la otra parte de la misma cuenta, nos da un saldo contable (por ejemplo, el valor agregado, la renta disponible y los ahorros), que es el resultado neto de las actividades incluidas en la cuenta en cuestión. El saldo contable de una cuenta se arrastra y es el primer

⁷ La mayor parte de las acciones económicas se llevan a cabo por mutuo acuerdo entre las unidades económicas. Son un intercambio de valor económico o una transferencia voluntaria de una unidad a otra por un importe determinado sin contrapartida. Estas acciones realizadas por mutuo acuerdo entre dos unidades institucionales, en el SCN se denominan transacciones. .

asiento de la cuenta siguiente. Por ejemplo la “renta disponible ajustada”, que es el saldo contable de la “Cuenta de redistribución del ingreso en especie” y al mismo tiempo, el punto de partida para elaborar la “Cuenta de utilización de la renta disponible ajustada”. El saldo contable es por tanto el eslabón que permite conectar las actividades económicas (producción, generación, distribución, redistribución y uso de los ingresos) de las tablas y poder hacer el conjunto de cuentas. Esta es la razón por la que el conjunto de cuentas económicas se denominan “cuentas económicas integradas”.

Las cuentas económicas integradas (CEI) son una herramienta flexible y poderosa para registrar de forma sistemática todas las transacciones que se producen entre las unidades económicas incluidas en los límites de la salud. Esta herramienta es poderosa, porque registra todas las transacciones sistemáticamente y es flexible porque, aunque se presenta en el SCN como una síntesis de la economía de todo el país, se puede adaptar a un sector y a unas necesidades específicas. El ejemplo siguiente muestra cómo los componentes de la sucesión de cuentas económicas integradas se pueden volver a agregar para satisfacer necesidades específicas del SHA.

- **Cuentas del sistema de salud**

Cuando se estudie la economía global de un país, la sucesión de cuentas económicas integradas (CEI) del SCN nos da información sobre cómo se genera, distribuye y utiliza la renta nacional, es decir, para su consumo final o para el ahorro. Para ello, se notifican todas transacciones entre las unidades residentes y las unidades no residentes. También se puede crear un conjunto similar de cuentas para un sector específico de la economía, al igual que para el sector de la salud. Como en el caso de la tabla de oferta y utilización, la idea básica en el SHA es tener un conjunto de tablas vacías, similar a las utilizadas en el SCN, y llenarlas con la información disponible en las cuentas básicas y ampliadas del SHA.

Las dos principales diferencias entre la sucesión de cuentas económicas integradas del SCN y SHA son, en primer lugar, la forma de agrupar las unidades residentes y en segundo, la clasificación utilizada para las transacciones. En el SCN, las unidades se agrupan en cinco sectores institucionales, mientras que las unidades no residentes forman el resto del mundo; en el SHA, las unidades residentes que realizan transacciones de salud se clasifican por proveedores (si prestan bienes y servicios de salud), agentes de financiamiento (si recaudan, centralizan y usan recursos) u hogares, incluyendo el resto del mundo en las clasificaciones de proveedores y agentes de financiamiento. La clasificación de transacciones utilizadas en una CEI de salud es un poco diferente a la clasificación correspondiente en el SCN, donde el nivel de desagregación es más detallado.

- **Detrás de la oferta de bienes de salud: la producción y generación de rentas**

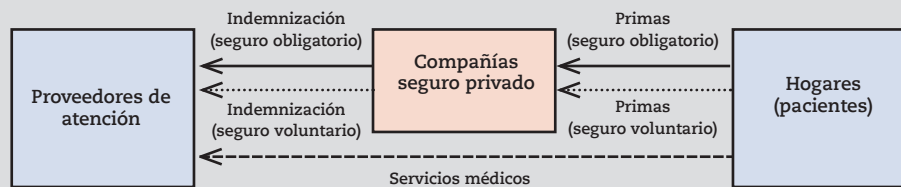
Los productos de la salud (bienes y servicios) consumidos por los hogares residentes se registran en la estructura de cuentas básicas del SHA como gasto corriente en salud. Con ello, el SHA da mayor importancia a la utilización, ya que tiene en cuenta la compra de bienes de salud junto a su financiamiento. Sin embargo, también se puede enfocar desde el lado del oferta, ya que los bienes de salud consumidos por los hogares residentes se pueden considerar como

Cuadro B.1.3. Interpretación del gasto por esquemas de financiamiento como un agregado de transacciones

El capítulo 7 presenta el concepto de esquema de financiamiento como una categoría para hacer las comparaciones internacionales del gasto en salud. En esta sección mostramos cómo encajaría el concepto de esquema de financiamiento en la sucesión de cuentas.

Pongamos el ejemplo de un hogar que contrata una póliza de seguro médico obligatorio a una compañía de seguros: el valor de la prima se registra como uso en la cuenta del hogar y como recurso en la cuenta de la compañía de seguros. Si el mismo hogar suscribe con la misma compañía de seguros un seguro voluntario complementario, se registra una nueva transacción en ambas cuentas (en usos de los hogares y recursos de la compañía de seguros). Sin embargo, como las dos transacciones difieren en su naturaleza (ya que una es voluntaria y la otra, obligatoria), el pago de las dos primas se puede registrar utilizando dos títulos diferentes (pago de la prima del seguro voluntario frente a pago de la prima del seguro obligatorio). La misma distinción se podría aplicar a las indemnizaciones, ya que las indemnizaciones pagadas por la compañía de seguros por una póliza de seguro voluntario es distinta de las del seguro obligatorio (véase figura más abajo).

Seguro voluntario y obligatorio



Fuente: IHAT para SHA 2011.

Para las comparaciones internacionales, es más conveniente separar las primas voluntarias y las indemnizaciones de las obligatorias y a continuación agregarlas a las categorías de la clasificación de los esquemas de financiamiento. Esto se puede hacer agregando las transacciones entre los agentes de financiamiento, los proveedores y las unidades que proporcionan los recursos a los esquemas de financiamiento. Todas esas transacciones en principio se notifican en la sucesión de cuentas económicas integradas (CEI).

suministrados por proveedores de salud residentes, o importados. Cuando se adopta el modelo de oferta, lo que interesa es la estructura de los costos de producción. Por tanto, a partir de las sucesión de cuentas del SCN, se puede crear una cuenta en la que aparezca el valor de producción de los proveedores de salud junto con el conjunto de costos, combinando las cuentas de producción y generación de rentas (véase tabla B.1.3 más abajo).

Los proveedores de salud, sin embargo, también pueden prestar servicios de salud a los hogares no residentes (es decir, a los turistas) o a otros proveedores de salud, que utilizan dichos servicios para su propio proceso de producción. Los servicios prestados a los proveedores no residentes se consideran "exportaciones", mientras que los servicios adquiridos por otros proveedores de salud residentes constituyen un consumo intermedio. Tanto las exportaciones como el consumo intermedio se excluyen

de la estructura de cuentas del SHA y sólo se tienen en cuenta en la estructura ampliada del SHA (véanse capítulos 3 y 4). Los proveedores de salud también pueden producir servicios relacionados con la salud, o incluso servicios que no son de salud. Los servicios relacionados con la salud y los que no son de salud se excluyen de la estructura básica. Por tanto, aunque el gasto corriente en salud que se desglosa por proveedores corresponde a la producción del mismo proveedor de salud, lo contrario no es necesariamente cierto. La parte derecha de la cuenta de producción y generación de rentas notifica toda la producción del proveedor de salud, desglosada posiblemente en bienes y servicios de salud, prestados a las unidades residentes y no residentes, y los productos relacionados con la salud y no relacionados con la salud.

La parte izquierda de la cuenta (usos) registra todos los bienes y servicios que han comprado los proveedores de salud para producir sus productos. Como se muestra en el capítulo 9, los insumos se pueden desglosar en bienes y servicios de salud (por ejemplo, productos farmacéuticos entregados a los pacientes internados, o pruebas específicas realizadas por otros proveedores), bienes y servicios que no son de atención de la salud (por ejemplo, electricidad, agua y equipos) o productos relacionados con la salud. La suma de todos los productos utilizados por los proveedores para poder realizar sus actividades se denomina “consumo intermedio” en la terminología de las cuentas nacionales.

La diferencia entre producción y consumo intermedio es el valor agregado, que es el saldo contable de la cuenta de producción. El valor agregado representa la aportación de los factores de producción (por ejemplo, mano de obra y capital) para aumentar el valor de los bienes y servicios comprados como insumos para el proceso de producción. Por tanto, el valor agregado corresponde a los ingresos recibidos por los propietarios de esos factores. El valor agregado se puede presentar como consumo de capital fijo bruto o neto. Los conceptos de consumo intermedio y valor agregado forman parte de la estructura ampliada del SHA, pero no de la estructura básica.

La suma del valor agregado de todos los proveedores de salud es igual al valor agregado del sistema de salud en su conjunto. El valor agregado del sistema de salud se puede utilizar como indicador para evaluar la importancia relativa del sistema de salud comparado con el resto de la economía.⁸

El valor agregado que se ha creado en el proceso de producción se distribuye entre los factores de producción (es decir, mano de obra – como remuneración de los asalariados, y capital – como superávit operativo bruto) e impuestos a la producción. La información sobre la remuneración de los trabajadores de salud notificados en la tabla HPxFP concuerda con la información incluida en esa cuenta.

⁸ En el SCN, §6.37 “En el Sistema, los insumos intermedios se registran y valoran en el momento en que entran en el proceso de producción, mientras que las salidas se registran y valoran en el momento en que salen del proceso. Los insumos intermedios se valoran a precios de adquisición y las salidas a precios básicos, o a precios de producción si no se conocen los precios básicos. El aumento entre el valor de los insumos intermedios y el valor de las salidas es el valor bruto añadido al consumo de capital fijo, impuestos a la producción (menos subvenciones) y remuneración de los asalariados. El saldo positivo o negativo es el superávit operativo neto o renta mixta. La definición, medida y valoración de las salidas e insumos es fundamental para el sistema y se describe con detalle en las secciones siguientes.”

Cuadro B.1.4. **Consumo intermedio**

El consumo intermedio representa el valor de los materiales básicos, componentes y productos semi manufacturados que se integran en el producto, así como el costo de la electricidad, alquileres, servicios de TI, seguros, servicios contables y jurídicos, etc., utilizados en la producción de un bien o servicio. Es decir, el consumo intermedio comprende todo lo necesario para producir otros bienes y servicios que se intentan vender, que no sea la mano de obra, ni los servicios prestados por la planta y la maquinaria, oficinas y edificios de la fábrica. Lo mismo que la producción no es igual que las ventas, el consumo intermedio no es igual que la compra de bienes y servicios con la intención de ser consumidos de forma intermedia. La razón es porque algunos productos intermedios utilizados en la producción durante un período determinado pueden haber sido comprados anteriormente y haberse guardado. De la misma manera, algunas compras durante el período pueden haber sido consumidas después de haber finalizado dicho período, durante el cual permanecieron almacenadas. Por tanto, el consumo intermedio es igual a las compras durante el período menos la variación (positiva o negativa) en el valor de los inventarios de bienes y servicios para consumo intermedio. Las empresas a veces se refieren a estos inventarios como “inventarios materiales”. Al igual que la producción, el consumo intermedio es un flujo, que corresponde a lo que se ha consumido durante un período (un año o un trimestre). Con ello, se tienen que excluir de la definición de consumo intermedio los productos utilizados para la producción, pero no consumidos completamente durante el período, como por ejemplo la maquinaria o el software. Estos bienes de capital se clasifican como “formación bruta de capital fijo” (FBCF).

Fuente: Lequiller and Blades (2007)

La remuneración de los asalariados incluye las cotizaciones de los trabajadores y el impuesto sobre la renta retenido en el origen. De forma similar, aunque los asalariados en la práctica no reciban las cotizaciones sociales de los empleadores (que al igual que las cotizaciones de los trabajadores, las pagan directamente a la seguridad social, autoridades fiscales, etc.), las cuentas nacionales las tienen en cuenta como si los asalariados las hubieran recibido, para poder ver el coste total que representa para los empleadores, la mano de obra. Las cotizaciones incluidas comprenden las pagadas por los empleadores y las imputadas. Además, en la parte de usos de la cuenta se registran los impuestos menos los subsidios a la producción. Estos impuestos a la producción se componen de los impuestos sobre los salarios, o el capital pagado por los proveedores de salud. El saldo contable es el superávit operativo o renta mixta de los proveedores autónomos. El superávit operativo bruto de un productor de salud no de mercado es igual al consumo solo de capital fijo, ya que por definición el superávit operativo es cero.

La tabla de oferta y utilización sirve para calcular la producción y generar la cuenta de ingresos de cada categoría de la clasificación de proveedores de salud y del sistema de salud en su conjunto. La producción y generación de las cuentas de ingresos representa la conexión entre las tablas HPxHF o HCxHP del SHA y el SCN.

Tabla B.1.3. **Cuenta de producción y generación de rentas de los proveedores de salud**

	Usos	Recursos
Y	Consumo intermedio	Producción a precios básicos X
	FP.3 Materiales y servicios utilizados	Bienes y servicios salud
	FP.3.1 Servicios de salud	Prestados a residentes
	FP.3.2 Bienes de salud	A no residentes
	FP.3.2.1 Productos farmacéuticos	
	FP.3.2.2 Otros bienes de la salud	Productos relacionados con la salud
	FP.3.3 Servicios no relacionados con la salud	Productos no relacionados con la salud
X-Y	Valor bruto agregado a precios básicos	
	Valor bruto agregado a precios adquisición	
K	Consumo de capital fijo	
(X-Y)-K	Valor agregado neto	
	RC.2. Remuneración de los asalariados y superávit operativo/renta mixta	
w	D1 Remuneración asalariados	
	D11 Sueldos y salarios	
T	(D29-D39) Otros impuestos menos otros subsidios a la producción	
(X-Y)-W-T	B2 Superávit bruto operativo/renta mixta	
(X-Y)-W-T-K	B2N Superávit neto operativo	

Fuente: IHAT para SHA 2011.

De dónde procede y a dónde va el dinero

Las secciones anteriores daban información relativa a la provisión de servicios de salud y transacciones relativas a la misma. Además de la provisión, el SHA también aborda dos cuestiones básicas: 1) dónde va el dinero que se gasta en salud y 2) de dónde procede dicho dinero. Estas dos preguntas se responden desde dos perspectivas diferentes:

- La primera, desglosa el gasto en salud en una serie compleja de pagos de terceros, además de los pagos directos de los hogares y de otros financiadores directos, como por ejemplo los servicios de salud prestados por el gobierno.
- La segunda perspectiva tiene en cuenta la carga financiera que soportan las fuentes de financiamiento. En estos análisis, se identifica el origen de las fuentes de financiamiento de los intermediarios de los fondos (fondos de la seguridad social; seguro social privado; ISFLSH). Para completar la imagen, se incluyen las transferencias adicionales, como las transferencias entre distintos niveles de gobierno, las deducciones fiscales, subsidios a los proveedores y financiamiento por el resto del mundo.

Para registrar la financiamiento de la atención de la salud, el SHA ha desarrollado un conjunto específico de clasificaciones (es decir, la clasificación de proveedores HP, la clasificación de esquemas de financiamiento HF, la clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento FS y la clasificación de los agentes de financiamiento FA) además de un conjunto de tablas específicas (por ejemplo, HPxHF, HFxFS, HFxFA). El resto de este anexo detalla cómo la información que se registra en el SHA en el grupo de tablas de clasificación cruzada también se

puede mostrar utilizando una parte de la sucesión de cuentas del SCN. Si lo que interesa sobre todo es el financiamiento del gasto corriente en salud, las cuentas de redistribución de rentas y las cuentas de uso de rentas son las cuentas más importantes, mientras que la cuenta de capital y las cuentas de financiamiento se pueden utilizar para notificar la formación de capital de los proveedores de atención de la salud y su financiamiento.

- **Cuentas de redistribución de rentas**

Los sistemas de salud se financian de distintas formas (por ejemplo, a través de impuestos o de cotizaciones) dependiendo de la organización de cada país. Además, dentro de cada país, cada unidad de financiamiento a la salud puede obtener sus ingresos de formas diferentes (véase capítulos 7 y 8): por ejemplo, la administración pública general puede recaudar impuestos o cotizaciones sociales pagadas a los hogares u otros agentes económicos, o puede recibir transferencias del extranjero; las compañías de seguros normalmente generan estos ingresos a través de las primas. Todos estos mecanismos de financiamiento se pueden recoger en la clasificación de transacciones y notificar en la cuenta de distribución secundaria de rentas. Esta cuenta es la primera de las dos cuentas que en el SCN forman el conjunto denominado “Cuentas de redistribución de rentas”. La segunda es la “Cuenta de redistribución de rentas en especie”.

- **Cuenta de distribución secundaria de rentas**

Se puede crear una cuenta de distribución secundaria de rentas para cada grupo de unidades de financiamiento del sistema de salud. Cada transacción se registrará bien como recurso (ingreso) si el sujeto recibe los fondos, o como uso, si el sujeto está realizando el pago. Por ejemplo, las cotizaciones sociales pagadas por los hogares al gobierno se registrarán como usos (gastos) en la cuenta de distribución secundaria de rentas y como recursos en la cuenta del gobierno. En términos más generales, la cuenta de distribución secundaria de rentas muestra cómo el saldo de las cuentas primarias de la unidad de financiamiento a la salud se transforma en renta disponible mediante la recepción y pago de las transferencias corrientes,⁹ excluidas las transferencias sociales en especie (es decir, impuestos sobre la renta y patrimonio, prestaciones sociales y otras transferencias corrientes como recursos y usos, ya que un recurso en un sector es un uso en el otro). El saldo contable es “Renta disponible”. La renta disponible es el importe disponible para consumo, gasto o ahorro (inversión y transferencias de capital).

⁹ Una transferencia es una transacción en la que una unidad institucional proporciona un bien, servicio o activo a otra unidad sin recibir de esta última ningún bien, servicio o activo a cambio como contrapartida directa. Las transferencias se dividen en transferencias corrientes y transferencias de capital. Las transferencias de capital son transferencias sin contrapartida en las que la parte que hace la transferencia consigue los fondos enajenando un activo (que no sea efectivo o inventarios) o renunciando a un derecho de crédito (que no sean cuentas a cobrar), o la parte que recibe la transferencia está obligada a adquirir el activo (que no sea en efectivo), o bien las dos opciones. Las transferencias de capital con frecuencia son irregulares y de un alto importe, pero ninguna de estas condiciones son necesarias para que una transferencia se considere de capital en vez de corriente. Otras transferencias se describen como corrientes. Una transferencia corriente es una transacción en la que una unidad institucional proporciona un bien o servicio a otra unidad sin recibir de esta última ningún bien o servicio directamente a cambio, y no obliga a una o ambas partes a adquirir o enajenar un activo.

Las principales transacciones incluidas en la cuenta de distribución secundaria de rentas son (tabla B.1.4):

- *Impuestos sobre la renta*, que comprende los impuestos sobre la renta, beneficios y plusvalías. Se calcula en función de la renta efectiva o supuesta de las personas, hogares, ISFLSH o empresas;¹⁰
- Cotizaciones sociales para prestaciones de salud pagadas por los empleadores a los fondos de la seguridad social, empresas de seguros que administran los seguros sociales para garantizar las prestaciones sociales para sus empleados;¹¹
- *Prestaciones sociales que no sean transferencias sociales en especie*, que incluyen todas las prestaciones sociales de atención de la salud que se hacen en efectivo o que no proporcionan los fondos de la seguridad social.

Cuenta de redistribución de renta en especie

Los bienes y servicios de salud prestados a los hogares por las unidades del gobierno (incluidos los fondos de la seguridad social) y las ISFLSH, tanto si se compran en el mercado como si es producción no de mercado de las unidades gubernamentales o ISFLSH, se denominan “transferencias en especie”.¹² Se deben financiar de los impuestos, que no sean rentas del gobierno o cotizaciones a la seguridad social, o de donaciones y renta de la propiedad en el caso de las ISFLSH. La cuenta de redistribución de rentas en especie toma el saldo contable de la cuenta de distribución secundaria de rentas, renta disponible, y lo ajusta al valor de las transferencias sociales en especie para calcular un nuevo saldo contable, que se denomina renta disponible ajustada. La renta disponible ajustada será de mayor cuantía que la renta disponible del sector de los hogares, y de menor cuantía que la del gobierno y las ISFLSH (SCN 2006, 8.140). La cuenta de redistribución de rentas registra las prestaciones sociales en especie, que incluye tanto las prestaciones en

¹⁰ Normalmente, no hay impuestos sobre la renta “específicos” de salud. La política del gobierno sobre el impuesto sobre la renta de los hogares, sin embargo, influye de forma indirecta en las decisiones de los hogares sobre el financiamiento de los servicios de salud. Por ejemplo, si se conceden deducciones fiscales a los hogares por seguros médicos privados, o por pagos directos de servicios de salud. Para analizar la política de salud, sin embargo, esta es una información muy importante.

¹¹ El SCN distingue entre cotizaciones sociales efectivas de los empleadores (D.6111); cotizaciones sociales efectivas de los asalariados (D.6112); y cotizaciones sociales de los autónomos y desempleados (D.6113). Aunque administrativamente es más eficiente que los empleadores paguen las cotizaciones en nombre de sus asalariados, esto no tiene que ocultar la realidad económica subyacente. El pago del empleador al fondo de la seguridad social, empresa de seguros o fondo de pensión autónomo no es una transferencia corriente del empleador. La transferencia se produce entre el empleador y el fondo de la seguridad social, empresa de seguros o fondo de pensión autónomo por la remuneración pagada por dicho empleador. Es costumbre describir las cotizaciones de los empleadores como que se están re-encaminando a través de las cuentas de distribución primaria y secundaria de rentas de los empleados. Sería útil desglosar las cotizaciones sociales para prestaciones de salud en cotizaciones obligatorias y voluntarias.

¹² El SCN establece: “En principio, las transferencias sociales en especie se pueden pagar a los no residentes. Un ejemplo sencillo es la atención médica de emergencia prestada a un turista extranjero por un hospital del gobierno general. Sin embargo, lo mismo que los hogares no residentes se pueden beneficiar de las transferencias sociales en especie del gobierno nacional, los hogares residentes se pueden beneficiar de las transferencias sociales en especie del gobierno de otra economía. En general estos flujos a los no residentes serán pequeños en relación con el nivel total de transferencias sociales en especie y, a menos que haya una fuerte evidencia de lo contrario, se puede suponer por convenio que los flujos a los no residentes están equilibrados por los flujos de los gobiernos (y NPISH) de otras economías. En función de este convenio, el total de renta disponible de la economía total es igual a la renta disponible ajustada” (SCN08 8.141). Esta es una diferencia entre el SCN y el SHA, ya que en este último los dos flujos hay que registrarlos: las exportaciones se restan de la producción interna y las importaciones se excluyen en el consumo.

Tabla B.1.4. Cuentas de distribución secundaria de rentas

Cuenta	Transacciones	Proveedores de atención salud		Proveedores de administración y financiación de sistema de atención de la salud		Resto de la economía		Resto del mundo		Total
		HP.1 - HP.6		HP.7		HP.8		HP.9		
		U	R	U	R	U	R	U	R	
	D.31 Subvenciones									
	D.5 Impuestos sobre la renta, patrimonio, etc.									
	D.51 Deducción por impuestos (hogares privados)									
	D.61 Cotizaciones sociales									
	D.611 Cotizaciones sociales efectivas									
	D.6111 Cotizaciones sociales efectivas del empleador									
	D.61111 Obligatorias									
	D.61112 Voluntarias									
	D.6112 Cotizaciones sociales efectivas de los asalariados									
	D.61121 Obligatorias									
	D.61122 Voluntarias									
	D.6113 Cotizaciones sociales efectivas de autónomos y desempleados									
	D.61131 Obligatorias									
	D.61132 Voluntarias									
	D.62 Prestaciones sociales que no sean transferencias sociales									
	D.7 Otras transferencias corrientes									
	B.6 Renta disponible									
	D.63 Transferencias sociales en especie									
	D.631 Prestaciones sociales en especie									
	D.6311 Prestaciones seguridad social, reembolsos									
	D.6312 Otras prestaciones seguridad social en especie									
	D.6313 Prestaciones asistencia social en especie									
	D.632 Transferencias de bienes y servicios individuales no de mercado									
	B.7 Renta disponible ajustada									
	P.3 Gasto en consumo final									
	P.31 Gasto en consumo individual									
	P.32 Gasto en consumo colectivo									
	B.8 Ahorro									
	P.4 Consumo final efectivo									
	P.41 Consumo individual efectivo									
	P.42 Consumo colectivo efectivo									

Fuente: IHAT para SHA 2011.

las que los hogares no incurren en un gasto y las prestaciones en las que los hogares realizan primero el pago que después se lo reembolsan. La cuenta también registra la transferencia de bienes y servicios no de mercado, como la educación y la salud, no incluidas en las prestaciones sociales en especie. Ambos tipos de transacciones se incluyen en transferencias sociales en especie.

Esta cuenta es importante solo para el sector de los hogares, que son los receptores de las prestaciones sociales en especie, y el sector público y de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH), que ambos “sirven” a los hogares.

Los objetivos de esta cuenta son 1) ofrecer una imagen más clara del papel del gobierno y las ISFLSH, 2) disponer de una medida más completa de la renta de los hogares, 3) ofrecer una imagen más completa del proceso de redistribución entre sectores, y 4) facilitar las comparaciones internacionales y las comparaciones a lo largo del tiempo cuando los acuerdos económicos y sociales difieren o cambian.

- *Cuenta de utilización de renta disponible*

Esta cuenta muestra cómo se utiliza la renta disponible, ya sea para su consumo o para el ahorro. La cuenta registra la renta disponible como recurso y el gasto en consumo como uso. El saldo contable es ahorro.

El gasto en consumo cubre el importe utilizado en bienes y servicios para su consumo final. Se excluye el consumo de bienes y servicios utilizados en el proceso de producción (el consumo intermedio se registra en la cuenta de producción).

Solo los hogares, el gobierno y las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares tienen gasto en consumo final.

El gasto en consumo final comprende el gasto, incluido el gasto imputado, incurrido por la administración pública general en bienes y servicios colectivos e individuales, y el incurrido por los hogares e ISFLSH en bienes y servicios individuales.

El ajuste por la variación en la participación neta de los hogares en los fondos de pensiones se realiza por el método de imputación. Los fondos de pensiones se consideran activos de los hogares, no de las unidades institucionales que los gestionan (el sector financiero). Los hogares pagan aportaciones al sector financiero y reciben prestaciones (cuando se jubilan) del mismo. Cualquier diferencia entre las aportaciones pagadas y las prestaciones recibidas se considera parte del ahorro de los hogares, ya que el hogar es el propietario de los activos. El ajuste es un recurso (positivo o negativo) para el sector de los hogares y un uso para el sector financiero.

- *Cuenta de utilización de la renta disponible ajustada*

La finalidad de esta cuenta es medir el consumo final efectivo del sector. El consumo final efectivo de los hogares cubre los bienes y servicios disponibles para consumo individual de los mismos, con independencia de si el que soporta el gasto es el hogar, el gobierno o las ISFLSH. En consecuencia, el consumo final efectivo del gobierno se refiere sólo al consumo colectivo, mientras que las ISFLSH por definición no tienen consumo final efectivo, ya que su consumo es individual por naturaleza y se transfiere a los hogares.

- *Cuenta de capital*

Los activos no financieros, como por ejemplo los edificios de los hospitales, ambulancias, máquinas de escanear y similares, son un componente importante en la producción de servicios de salud. El valor de los activos adquiridos o enajenados por los proveedores de salud se registra en la cuenta de capital (véase capítulo 11). Esta cuenta registra también cómo se financia la adquisición de activos (por ejemplo, a través de los fondos propios – ahorro – o transferencias de capital de las unidades a los no residentes) y finalmente notifica la variación en el patrimonio neto debida al ahorro y las transferencias de capital. En las transacciones pueden intervenir otras unidades institucionales, tanto residentes como no residentes, o podrían ser transacciones internas en las que las unidades retengan productos que han producido ellas mismas para utilizar como formación de capital (por ejemplo, software producido en un hospital).

Los ahorros, más las transferencias de capital, constituyen los ingresos totales de capital, que financian lo que en el SCN se denomina variaciones en el patrimonio neto por ahorro y transferencias de capital. La diferencia entre las transferencias de capital y el nivel de inversiones no financieras define la capacidad del sector para prestar a (+) o la necesidad de pedir prestado a (-) otros sectores. El detalle de los instrumentos financieros utilizados en las operaciones de préstamo o petición de préstamos se presenta en las cuentas financieras.

- *Cuentas financieras*

La cuenta financiera registra todas las transacciones en activos y pasivos financieros – instrumentos financieros – es decir empréstitos y préstamos. La cuenta muestra las adquisiciones netas de activos financieros en la parte de la izquierda y los pasivos netos contraídos en la derecha. El saldo contable de esta cuenta es capacidad/necesidad de financiamiento, el mismo saldo contable que en la cuenta de capital.

Fijación de prioridades

Los encargados de generar las cuentas del SHA se podrían preguntar si se pueden establecer prioridades en el orden en el que se tienen que crear las cuentas económicas integradas. Para responder esta cuestión, hay que tener en cuenta que:

- Depende mucho de la importancia política que tengan los datos para un país en un momento determinado. Por ejemplo, puede que haya circunstancias en las que la eficiencia del sistema de financiamiento sea lo prioritario. En tal caso, las cuentas de distribución secundaria de rentas y las de redistribución de rentas en especie serían las más importantes. También podría darse el caso en que la contención del gasto sea lo más importante, por lo que la información incluida en las cuentas de producción sería el objetivo principal. Asimismo, la disponibilidad de equipos e infraestructuras del sistema de salud podría considerarse lo más importante: en tal situación, la cuenta de capital, junto con la estimación del stock de capital (no incluido todavía en este anexo) sería la prioridad.
- Gran parte de la información incluida en la sucesión de CEI es la misma que se incluye en las tablas de clasificación cruzada (la principal diferencia es el nivel de detalle). En consecuencia, las prioridades en la sucesión de CEI están estrechamente vinculadas a las prioridades en la generación de las tablas de clasificación cruzada

del SHA. Tomemos el ejemplo de la remuneración de asalariados en la tabla HPxFP: si se elabora esta tabla, la misma información tiene que aparecer en la cuenta de generación de rentas, pero si la tabla HPxFP no es la prioridad en un país, porque no necesita analizar la remuneración del personal de salud, tampoco será prioritario elaborar la cuenta de generación de rentas.

- Una de las ventajas de la CEI es la posibilidad de calcular el saldo contable, que se arrastra a la cuenta siguiente. Por tanto, a menos que se calcule directamente un determinado saldo contable, no sería posible aislar una cuenta del resto de la sucesión. El asiento de saldo contable es “ahorro”, que se arrastra de la cuenta de renta disponible. Si se calcula el ahorro, sería posible generar la cuenta de capital sin generar las cuentas anteriores.
- Finalmente, las cuentas también se podrían generar sin tener en cuenta el asiento de saldo contable. En tal caso, incluirían solo información de las transacciones, que sería la información en las tablas de clasificación cruzada. Sin embargo, generar las cuentas de esta forma tiene ciertas ventajas, ya que se podría ver la información a un nivel más alto de desagregación, comparada con las tablas de clasificación cruzada. Esto sería de utilidad para los encargados de generar las cuentas, ya que podrían comprobar la información de diferentes fuentes, lo cual mejoraría la calidad de los datos.

Nota sobre la aplicación de las tablas de oferta y utilización y la sucesión de CEI

Como en cualquier otro manual estadístico, el principal interés de los usuarios es si el método propuesto es factible y si merece la pena el tiempo, costo y esfuerzo dedicado a su aplicación. Evidentemente, dependerá de las características del sistema estadístico nacional (es decir, el grado de colaboración e intercambio de información entre los diferentes organismos estadísticos– Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística, por mencionar sólo dos; la calidad de las encuestas, la disponibilidad y fiabilidad de las fuentes de datos administrativos, etc). Sin embargo, es necesario repetir que gran parte de la información necesaria para generar la tabla de oferta y utilización y la sucesión de CEI es la misma información que se utiliza para generar las tablas de clasificación cruzada del SHA: debido a las características específicas del sistema de salud, sobre todo por la gran proporción de producción no de mercado y, por tanto, la falta de precios económicamente significativos. Y porque en el caso de los proveedores no de mercado, la producción de los proveedores de salud se calcula de forma indirecta, sumando los costos de producción. Por ello, cuando se generen las tablas de clasificación cruzada del SHA se debería disponer de toda la información necesaria para generar la tabla de oferta y las cuentas de producción, al menos la información sobre la producción no de mercado. La única información que no es necesaria para generar las tablas de clasificación cruzada del SHA es el “consumo intermedio” de los proveedores de mercado. De forma similar, se tienen que calcular los agregados de la parte de la utilización (consumo, formación bruta de capital, exportaciones) para generar las tablas de clasificación cruzada del SHA: primero, el gasto en consumo final, pero también hay que calcular las exportaciones, ya que los límites del SHA requieren su exclusión. Consideraciones similares se aplican a la generación de la cuenta de

distribución secundaria, ya que la información es la de la tabla HFxFS.

Ventajas y desventajas de las representaciones tipo SHA y SCN

Las representaciones tipo SCN del sistema de salud complementan las tablas de clasificación cruzada del SHA. Cada sistema tiene sus ventajas y sus desventajas:

- La principal ventaja del sistema de tablas de clasificación cruzada del SHA es que se ve el origen y destino de los flujos (es decir, “de quién a quién”). Además, el modelo de matrices da coherencia al uso de diferentes fuentes de datos y sirve para identificar las necesidades y carencias de información. La principal desventaja, sin embargo, es que las tablas de clasificación cruzada son limitadas, porque las transacciones no se notifican de forma explícita, y no se tiene en cuenta el superávit/déficit ni la capacidad/necesidad de financiamiento de los agentes de salud.
- Las cuentas tipo SCN dan más información que aumentan el poder analítico del SHA. Las principales ventajas son:
 - La sucesión de cuentas del SCN da información sobre la naturaleza de los flujos económicos (es decir, transacciones) que no se notifican de forma explícita en las tablas de clasificación cruzada del SHA. Las cuentas tipo SCN muestran si los fondos se han recaudado a través de impuestos (locales o centrales, directos o indirectos), cotizaciones (pagadas por los empleadores o asalariados), donaciones, o transferencias del resto del mundo; o si se redistribuyen entre los agentes que compran los productos; o si la compra es para uso final o para pagos a terceros. Las cuentas del SCN calculan los superávits y déficits (capacidad/necesidad de financiamiento) de los agentes del sistema de salud (saldos contables, que actualmente no están incluidos en las tablas de clasificación cruzada del SHA). El análisis de los superávits o déficits es necesario para conocer la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Un inconveniente que tiene la sucesión de cuentas es que no es posible identificar el origen y el destino de las transacciones (“de quién a quién”). Sin embargo, se podría solucionar utilizando una clasificación detallada de las transacciones.
 - Las cuentas y las tablas tipo SCN permiten analizar la parte de la oferta del sistema de salud. El análisis de la estructura de producción de los proveedores de salud (a través de las tablas de oferta y las cuentas de producción y generación de rentas) incluye la parte de consumo intermedio, la integración del sistema de salud en el resto de la economía y su dependencia financiera y no financiera del resto del mundo. Las tablas de clasificación cruzada de gastos corrientes en salud y de la formación de capital se centran sólo en la utilización del sistema de salud.
- Hay que tener en cuenta que aunque la generación de las tablas derivadas del SCN puede mejorar la capacidad analítica del SHA, su generación se podría llevar a cabo en una fase avanzada de la aplicación del SHA.

ANEXO C

Profesionales de la Salud, Profesionales Asociados a la Salud y CIUO-08

Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)¹

Los grupos de CIUO-08 más importantes para SHA 2011 son el 22 (Profesionales de la salud) y 32 (Profesionales asociados de la salud).

22 Profesionales de la salud

Los profesionales de la salud realizan trabajos de investigación, mejoran y desarrollan conceptos, teorías y métodos operativos y aplican sus conocimientos científicos de medicina, enfermería odontología, farmacia y promoción de la salud.

Las tareas que realiza este grupo incluyen normalmente: trabajos de investigación y obtención de conocimientos científicos a través del estudio de las enfermedades y trastornos en los seres humanos y formas de tratarlos; asesoramiento o aplicación de medidas preventivas y curativas, o promoción de la salud; así como la elaboración de documentos e informes científicos. También pueden realizar labores de supervisión de otros trabajadores.

Las ocupaciones de este grupo se clasifican en los grupos siguientes:²

- 221 Médicos
- 222 Profesionales de enfermería y partería
- 223 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa
- 224 Practicantes paramédicos
- 226 Otros profesionales de la salud

32 Profesionales de nivel medio de la salud

Los profesionales de nivel medio de la salud realizan tareas técnicas y prácticas para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, lesiones o impedimentos de los seres humanos y ayudan a aplicar los planes de tratamiento y derivación establecidos por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.

Las tareas que realizan los trabajadores en este grupo incluyen: manejo del equipo médico de imagenología y terapia de radiación; pruebas clínicas sobre especímenes de

¹ Véase en OMS (2008) una estructura detallada de CIUO-08.

² El grupo de veterinarios (225) se ha excluido porque no es pertinente para el SHA 2011.

fluidos y tejidos corporales; preparación de medicamentos y otros compuestos farmacéuticos bajo la vigilancia de farmacéuticos; diseño, colocación y reparación de aparatos dentales; servicios de enfermería y servicio de apoyo a partería; uso de terapias de plantas medicinales y basadas en otras teorías, creencias y experiencias de culturas específicas.

Las ocupaciones de este grupo se clasifican en los grupos siguientes:³

- 321 Técnicos médicos y farmacéuticos
- 322 Profesionales de nivel medio de de enfermería y partería
- 323 Profesionales de nivel medio de medicina tradicional y alternativa
- 325 Otros profesionales de nivel medio de la salud

Tabla C.1.1. **Estructura CIUO-08 de los profesionales de la salud y profesionales de nivel medio de la salud**

Código	Descripción
22	Profesionales de la salud
221	Médicos
2211	Médicos generales
2212	Médicos especialistas
222	Profesionales de enfermería y partería
2221	Profesionales de enfermería
2222	Profesionales de partería
223	Profesionales de medicina tradicional y alternativa
2230	Profesionales de medicina tradicional y alternativa
224	Practicantes paramédicos
2240	Practicantes paramédicos
226	Otros profesionales de la salud
2261	Dentistas
2262	Farmacéuticos
2263	Profesionales de la salud y la higiene laboral y ambiental
2264	Fisioterapeutas
2265	Dietéticos y nutricionistas
2266	Audiólogos y logopedas
2267	Optometristas
2269	Profesionales de la salud no clasificados bajo otros epígrafes
32	Profesionales de nivel medio de la salud
321	Técnicos médicos y farmacéuticos
3211	Técnicos en aparatos de diagnóstico y tratamiento médico
3212	Técnicos de laboratorio médico
3213	Técnicos y asistentes farmacéuticos
3214	Técnicos de prótesis médicas y dentales
322	Profesionales de nivel medio de enfermería y partería
3221	Profesionales de nivel medio de enfermería
3222	Profesionales de nivel medio de partería

³ El grupo de técnicos y ayudantes de veterinaria (324) se ha excluido por no ser pertinente para el SHA 2011.

Código	Descripción
323	Profesionales de nivel medio de medicina tradicional y alternativa
3230	Profesionales de nivel medio de medicina tradicional y alternativa
325	Otros profesionales de nivel medio de la salud
3251	Dentistas auxiliares y ayudantes de odontología
3252	Técnicos en documentación sanitaria
3253	Trabajadores comunitarios de la salud
3254	Técnicos en optometría y ópticos
3255	Técnicos y asistentes fisioterapeutas
3256	Practicantes y asistentes médicos
3257	Inspectores de salud laboral medioambiental y afines
3258	Ayudantes de ambulancias
3259	Profesionales de la salud de nivel medio no clasificados bajo otros epígrafes

Fuente: OMS (2008).

ANEXO D

Sistemas de Financiamiento de la Salud – Herramientas Complementarias

Clasificación de los agentes de financiamiento (ICHA-FA)

Este anexo complementa el capítulo 7 “Clasificación de los esquemas de financiamiento” con la clasificación de los agentes de financiamiento. El capítulo 7 define, entre otras cosas, el concepto de unidades institucionales del sistema de salud y los agentes de financiamiento como componentes de la estructura contable del financiamiento de la salud. El capítulo 7 presenta también la relación entre los esquemas de financiamiento y los agentes de financiamiento.

Definición de agentes de financiamiento

Un agente de financiamiento es una unidad institucional que participa en uno o más esquemas de financiamiento. Puede encargarse de recaudar ingresos, pagar (comprar) servicios de un determinado esquema de financiamiento de la salud, y participar en la gestión y regulación del financiamiento de la salud.

Un agente de financiamiento puede gestionar el pago de los bienes y servicios de salud de distintas formas:

- Financiado los servicios producidos en sus propias instituciones (por ejemplo, el gobierno local puede financiar un hospital);
- Comprando servicios a proveedores que poseen otras entidades (por ejemplo, los fondos de los seguros sociales compran servicios a los hospitales propiedad de los gobiernos locales);
- Reembolsando el costo de los servicios a los pacientes que estos han pagado directamente a los proveedores.

Tabla D.1.1. **Clasificación de agentes de financiamiento**

Código	Descripción
FA.1.	Gobierno general
FA.1.1	Gobierno central
FA.1.1.1	Ministerio de Salud
FA.1.1.2	Otros ministerios y unidades públicas (pertenecientes al gobierno central)
FA.1.1.3	Agencias que administran los servicios nacionales de salud
FA.1.1.4	Agencia que administra un seguro nacional de salud
FA.1.2	Gobierno provincial/regional/local
FA.1.3	Agencia de la seguridad social
FA.1.3.1	Agencia del seguro social de salud
FA.1.3.2	Otras agencias de la seguridad social
FA.1.9	Todas las demás unidades del gobierno general
FA.2	Empresas de seguros
FA.2.1	Compañías de seguros comerciales
FA.2.2	Organizaciones de seguros mutuos y sin fines de lucro
FA.3	Empresas (que no sean de seguros)
FA.3.1	Compañías de gestión y provisión de servicios de salud
FA.3.2	Empresas (otras que no sean proveedores de servicios de salud)
FA.4	Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH)
FA.5	Hogares
FA.6	Resto del mundo
FA.6.1	Organizaciones internacionales
FA.6.2	Gobiernos extranjeros
FA.6.3	Otras entidades extranjeras

Fuente: IHAT para SHA 2011.

Categorías de la clasificación de agentes de financiamiento

FA.1 Gobierno general

Esta partida comprende todas las unidades institucionales del gobierno central, provincial, regional o local y los fondos de los seguros sociales.¹ Se incluyen las instituciones no de mercado sin fines de lucro que están controladas y financiadas por las unidades del gobierno.

Nota: La FA.1 no incluye a las empresas públicas, aunque todas las acciones de dichas empresas sean propiedad de las unidades del gobierno. Tampoco incluye a cuasi empresas que sean propiedad de unidades del gobierno (véase SCN 2008, capítulo 4).

FA.1.1 Gobierno central

Esta partida comprende todas las unidades institucionales que conforman el gobierno central. Estas entidades no sólo están representadas por el Ministerio de Salud, sino por cualquier entidad del gobierno central que participe en el financiamiento del sector de la salud. Se incluyen las agencias nacionales y centralizadas controladas por el gobierno central, ejemplos de esto pueden ser la agencia que administra el servicio nacional de salud o la correspondiente al seguro

¹ En el SCN la terminología pertinente es la de: fondos de la seguridad social. En la literatura sobre financiamiento de la salud se utiliza la expresión “fondo de seguro social” o “fondo de enfermedad”.

nacional de salud².

Nota:

- Una unidad de el gobierno central actúa de agente de financiamiento para un esquema gubernamental (HF.1.1).
- Los esquemas gubernamentales (HF.1.1) por lo general están gestionados por las unidades del gobierno. Sin embargo, las ISFLSH o las empresas también pueden actuar de agentes de financiamiento de dichos esquemas. Por ejemplo, el Ministerio de Salud puede diseñar y establecer un presupuesto separado para un programa de cribado del cáncer, pero contratar la gestión financiera a una ISFLSH o a una empresa de gestión, quien contratará a los proveedores que se encarguen de los exámenes de cribado.

FA.1.1.3 Agencia Nacional del Servicio de Salud

En algunos países, el acceso universal a los servicios básicos de salud los garantiza un programa gestionado y financiado por el gobierno central: La Agencia Nacional del Servicio de Salud (ANSS) es una agencia del gobierno central que gestiona el Servicio Nacional de Salud (parte de HF1.1.1), normalmente bajo la supervisión del Ministerio de Sanidad. La ANSS es también responsable de la provisión de los servicios de salud, pero la ANSS también puede comprar servicios a los proveedores privados. La ANSS tiene una identidad jurídica independiente, un presupuesto independiente y un nivel de autonomía determinado, así como capacidad de decisión para asignar los gastos. Como está controlada por el gobierno central, se considera parte del subsector del gobierno central.

FA.1.1.4 Agencia Nacional del Seguro de Salud

Los esquemas del seguro social de salud (HF.1.2.1) pueden mancomunar los recursos financieros de distintas formas. Un país puede tener un fondo centralizado de seguros nacionales, o una estructura descentralizada de los mismos. Si tiene un sistema descentralizado, la mancomunación se puede basar en un principio territorial o profesional, o los fondos pueden competir entre sí.

La Agencia Nacional de Seguros de Salud es una agencia pública centralizada para gestionar los esquemas del seguro social de salud (HF.1.2.1). Es una entidad jurídica independiente, con presupuesto independiente y un cierto nivel de autonomía y capacidad de decisión para asignar los gastos. Como está controlada por el gobierno central, se considera parte del subsector del gobierno central.

Nota: El seguro social de salud (HF.1.2.1) es un esquema de financiamiento caracterizado por una gran variedad de acuerdos institucionales en varios países. El seguro social de salud puede estar gestionado por diferentes agentes de financiamiento: una agencia nacional centralizada (FA.1.1.4.), fondos de seguros sociales (FA.1.3) o compañías de seguros (FA.2). En algunos países, puede estar gestionado por agencias públicas y por compañías comerciales de seguros al mismo tiempo (por ejemplo en la República de Eslovaquia).

² Dependiendo de la estructura institucional del país (N de la T).

FA.1.2 Gobierno estatal/regional/local

Esta partida comprende todas las unidades institucionales del gobierno local. Los términos “estatal” y “provincial” se pueden utilizar por “regional” en diferentes países. En países pequeños puede que no existan gobiernos estatales/provinciales. Los gobiernos regionales/locales pueden actuar sobre diferentes esquemas de financiamiento:

- Los gobiernos regionales/locales pueden ser responsables de dar acceso a la salud y crear el esquema de financiamiento de la salud a este fin. En este caso, los gobiernos regionales/locales actúan de agente de financiamiento para los esquemas de el gobierno regional/local HF.1.1.2.
- Los gobiernos regionales/locales también pueden gestionar los esquemas del gobierno central (HF.1.1.1).

FA.1.3 Agencia de la seguridad social

Los fondos del seguro social son unidades económicas con un estatus jurídico específico, cuyo propósito es gestionar el esquema del seguro social (HF.1.2.1). No tienen fines de lucro. Tienen autonomía en sus operaciones. Por ejemplo, realizan transacciones financieras y tienen sus propios activos y pasivos. Se clasifican como parte del sector del gobierno general y su funcionamiento lo gestiona el gobierno. Los fondos del seguro social pueden gestionar uno o más tipos de seguro social (pensión, salud, accidente, atención de larga duración, etc.).

Nota: Las últimas reformas han introducido cambios considerables: en algunos países, las compañías de seguros pueden participar en la gestión de un esquema de seguro social. Por ello, tanto los fondos de enfermedad y las compañías de seguros privados pueden participar en la gestión de un esquema de seguro social de salud.

FA.1.3.1 Agencia del seguro social de salud

Las agencias del seguro social de salud³ son entidades jurídicas con la obligación, definida por ley, de garantizar el acceso al conjunto de servicios de salud. Los fondos del seguro social no tienen fines de lucro y se basan en el principio de autogobierno a través de representantes de los asegurados y los empleadores. Tradicionalmente, los fondos del seguro social de salud recaudan directamente las aportaciones de sus afiliados, y tienen derecho a fijar la prima necesaria para cubrir el gasto. (Las reformas de las últimas dos o tres décadas han modificado las características de recaudación de fondos en varios países).

FA.1.3.2 Otras agencias de la seguridad social

Otras agencias de la seguridad social pueden participar también en la gestión del seguro social de enfermedad y de los esquemas de seguros voluntarios. Por

³ En algunos países, los fondos del seguro social se denominan fondos de enfermedad. En muchos países europeos, cuando se introdujo el seguro social obligatorio de enfermedad para los trabajadores a finales del siglo XIX y principios del XX, se creó con una estructura de organización de fondos de autoayuda y autorregulación establecidos por los trabajadores industriales para mitigar el riesgo de pobreza por muerte o enfermedad. Desde la década de 1960 se ha presenciado un aumento en la normativa estatal y una considerable concentración del número de fondos. Por ejemplo, en Alemania había más de 2.000 fondos de enfermedad a principios de la década de 1960, pero solo 300 a principios de la década de 2.000 (Busse and Riesberg, 2004).

ejemplo, en Alemania, los fondos para accidentes cubren los servicios de atención curativa y de rehabilitación de los accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo; los fondos de jubilación son responsables de algunas de las medidas de rehabilitación; y los fondos de atención de larga duración gestionan el seguro de atención de larga duración.

FA.1.9 Todas las demás entidades públicas

Esta partida incluye instituciones sin fines de lucro no de mercado que están controladas y financiadas por las unidades del gobierno.

- *FA.2 Compañías de seguros*

Las compañías de seguros pueden actuar de agente de financiamiento de diferentes tipos de seguros. Tradicionalmente, las compañías de seguros ofrecen seguros médicos voluntarios (HF.2.1). Sin embargo, con las recientes reformas, en varios países las compañías de seguros participan en la gestión de los seguros médicos obligatorios (HF.1.2.1 o HF.1.2.2). En estos países, una compañía de seguro puede actuar de agente de financiamiento para el seguro obligatorio y voluntario al mismo tiempo.

- *FA.3 Empresas (que no sean las compañías de seguros)*

En el SCN la categoría de empresas se utiliza en un amplio sentido: este sector comprende todas las empresas o cuasi empresas cuya actividad principal es la producción de bienes y servicios de mercado. Se incluyen todas las instituciones de propiedad pública y sin fines de lucro residentes que sean productores de mercado de bienes o servicios no financieros. Se incluyen las organizaciones de mantenimiento de salud sin fines de lucro y las empresas de gestión de la salud que gestionan los esquemas de seguros.

En varios países, existen varias empresas específicas del sector de la salud que no son proveedores tradicionales del servicio de salud, como las *empresas de gestión de la salud*. Estas empresas pueden actuar de agentes de financiamiento de varios tipos de esquemas de financiamiento.

Empresas (incluidas las empresas de gestión de la salud) pueden actuar de agentes de financiamiento para:

- Esquemas de financiamiento de salud de empresas (H.F.2.3);
- Seguros de empleadores (HF.2.1.1.1) y otros esquemas de seguros médicos voluntarios;
- Esquemas públicos (HF.1.1); y
- Esquemas de financiamiento RdM (HF.4).

- *FA.4 Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH)*

Las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH) son un tipo especial de organización sin fines de lucro. Las ISFLSH comprenden las instituciones sin fines de lucro que prestan ayuda financiera, bienes o servicios a los hogares de forma gratuita o a precios económicamente insignificantes. Su funcionamiento no está controlado por el gobierno.

Las ISFLSH pueden actuar de agente de financiamiento de diferentes esquemas de financiamiento:

- Esquemas de financiamiento de instituciones sin fines de lucro (HF.2.2);
- Esquemas gubernamentales (HF.1.1);
- Esquemas de financiamiento RdM (HF.4).

Se incluyen las instituciones de caridad, organismos de ayuda de carácter filantrópico, que no sirven los intereses de los miembros de la asociación que controlan las ISFLSH. Estas ISFLSH pueden prestar bienes o servicios no de mercado a los hogares que lo necesitan. Los recursos de tales ISFLSH se obtienen principalmente de las donaciones en efectivo o en especie del público en general, empresas o administraciones públicas. También pueden proceder de transferencias de entidades extranjeras, incluidas ISFLSH similares residentes en otros países (véase SCN 2008, 4.169).

Las instituciones religiosas se consideran ISFLSH, incluso aunque estén financiadas por entes del gobierno, siempre que este financiamiento no se considere una forma de control de la entidad.

Nota: La experiencia ha demostrado que existe una determinada ambigüedad para distinguir entre los diferentes tipos de organizaciones sin fines de lucro (productores de mercado, entes gubernamentales e ISFLSH), y también entre las diferentes funciones que las ISFLSH pueden desempeñar. Por tanto, cuando se genera el SHA, es importante realizar un análisis cualitativo para distinguir entre las diferentes funciones y estados de las organizaciones sin fines de lucro.

Las instituciones sin fines de lucro pueden tener programas específicos de salud (con fondos y gestión de fondos separados) y realizar programas ellos mismos (como proveedores de servicios de salud) o financiar a proveedores de salud para que los lleven a cabo. En este caso, el esquema de financiamiento es: esquema de financiamiento de instituciones sin fines de lucro, con las ISFLSH cumpliendo el papel de agentes de financiamiento. Los fondos pueden aportarlos los hogares, el gobierno, entidades extranjeras o fundaciones, para que no sean ellos los que gestionen los programas de salud – sino que solo aporten los recursos a los mismos.

Las instituciones sin ánimo de lucro que prestan ayuda a los hogares para comprar determinados servicios de salud (por ejemplo, en el extranjero) se consideran agentes de financiamiento, incluso cuando los hogares pagan la factura directamente por los servicios a los proveedores, cuyo costo reembolsan las ISFLSH.

- *FA.5 Hogares*

El SCN define un hogar como un grupo de personas que comparten vivienda y que ponen en común parte o la totalidad de su renta y patrimonio, que consumen determinados bienes y servicios de forma colectiva, sobre todo alojamiento y comida.

En el SHA 2011, los hogares están en la categoría de agentes de financiamiento de pagos directos de los hogares.

- *FA.6 Resto del mundo*

Esta partida comprende las unidades institucionales que residen en el extranjero:

- Agencias internacionales y supranacionales;
- Gobiernos extranjeros;
- Intermediarios financieros (seguros, ONG, instituciones de caridad y fundaciones).

Las unidades institucionales RdM pueden actuar de agentes de financiamiento para esquemas financiados por el RdM (HF.4).

Cuentas sectoriales

La tabla HFxFS incluye información del agregado de recaudación de ingresos de todo el sector de salud. Puede que sea necesaria más información sobre la recaudación y uso de los recursos de los principales esquemas de financiamiento, aparte de los incluidos en la tabla HFxFS. Las cuentas sectoriales incluyen información importante desde la perspectiva de un esquema de financiamiento determinado o unidades institucionales/sectores que no están en ninguna de las tablas del SHA; por ejemplo, el saldo de explotación (superávit o déficit) de los esquemas de financiamiento.

Existen tres tipos de cuentas sectoriales:

- Cuentas sectoriales de *ingresos y gastos de los esquemas de financiamiento* (salvo hogares⁴). En estas cuentas los ingresos y gastos públicos se tratan de forma similar a como se tratan en el Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas (MEFP). Por ejemplo, la tabla D.1.2 presenta la cuenta de ingresos y gastos de los esquemas públicos de salud (HF.1.1).
- Las cuentas sectoriales de *ingresos y gastos específicos de salud de unidades institucionales/sectores de la economía*. Por ejemplo, la tabla D.1.4 presenta la cuenta de ingresos y gastos específicos de la salud del gobierno (incluidos los gastos del gobierno como proveedor de recursos financieros).
- La cuenta sectorial *transferencias específicas de salud a los hogares y financiamiento neta de salud de sus propios recursos*. En esta cuenta aparece el financiamiento de la salud por los hogares desde una perspectiva macroeconómica. Esta cuenta se obtiene del Manual SHA 1.0, que enfoca las transacciones de forma similar a como lo hace el SCN. Dicha cuenta sectorial se puede generar para todos los sectores institucionales (según se presenta en el SHA 1.0).

Para generar las cuentas sectoriales se desarrollarán directrices separadas.

Clasificación de gastos

En base a la MEFP, se pueden aplicar dos métodos para clasificar los gastos: uno económico o una clasificación funcional de gastos. Las cuentas sectoriales pueden ser de utilidad de las dos formas.

La tabla D.1.2 es una ilustración de las cuentas de ingresos y gastos de los

⁴ En ICHA-HF, solo los gastos directos de los hogares se contabilizan en hogares (HF.2.2.). La creación de una cuenta sectorial para las compras directas de bienes y servicios de los hogares no daría información adicional a la tabla HFxFS.

esquemas financieros, utilizando la categoría de esquemas de financiamiento públicos de salud como ejemplo.

La tabla D.1.2 muestra la recaudación de los ingresos y la asignación de los recursos financieros bajo los esquemas de financiamiento públicos de la salud (HF.1.1). Las celdas sombreadas pertenecen a las categorías de gastos que no se pueden producir en este caso. Los gastos son gastos en bienes y servicios prestados por los entes del gobierno (E1, E2 y E3) y los bienes y servicios comprados por los proveedores fuera del sector público (E5, E7). Esta tabla excluye los gastos relacionados con la función que desempeña el gobierno como fuente de financiamiento (FS) de otros esquemas de financiamiento (como los gastos de las donaciones).

Nota: En la tabla D.1.2 “Gasto en prestaciones sociales” es una categoría más limitada que los bienes y servicios de salud financiados por el gobierno. Los bienes y servicios de salud producidos por una unidad del gobierno (por ejemplo, hospitales gestionados por gobiernos locales) no se clasifican como prestaciones sociales. Los gastos por producir dichos servicios son parte de la remuneración de los asalariados, uso de bienes y servicios y consumo de capital fijo.

Los ingresos menos los gastos es igual al *saldo neto de explotación*, que es una medida resumen importante de la sostenibilidad de un esquema de financiamiento determinado. (El saldo operativo bruto es igual a los ingresos menos los gastos que no sea el consumo de capital fijo).

Tabla D.1.2. **Ingresos y gastos de los esquemas gubernamentales de financiamiento a la salud (HF.1.1)**

Gastos		Ingresos	
E1	Remuneración de los asalariados	FS.1	Transferencias de los ingresos internos del gobierno
E.1.1	Sueldos y salarios	FS.1.1	Transferencias internas y donaciones
		FS.2	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno
E.1.2.	Cotizaciones sociales	FS.6	Otros ingresos internos n.e.p.
E2	Uso de bienes y servicios	FS.6.1	Otros ingresos de hogares n.e.p.
E3	Consumo de capital fijo	FS.6.2	Otros ingresos de empresas n.e.p.
E4	Intereses	FS.6.3	Otros ingresos de ISFLSH n.e.p.
E5	Subsidios	FS.7	Transferencias directas del extranjero
E6	Donaciones	FS.7.1	Transferencias financieras directas del extranjero
E7	Prestaciones sociales	FS.7.1.1	Transferencias financieras bilaterales directas
E8	Otros gastos	FS.7.1.2	Transferencias financieras multilaterales directas
		FS.7.1.3	Otras transferencias financieras directas extranjero
		FS.7.2	Ayudas directas en especie extranjero
		FS.7.2.1	Ayuda directa extranjero en bienes
		FS.7.2.1.1	Ayuda bilateral directa en bienes
		FS.7.2.1.2	Ayuda multilateral directa en bienes
		FS.7.2.1.3	Otra ayuda directa extranjera en bienes
		FS.7.2.2	Ayuda directa extranjero en especie: servicios (incluya la asistencia técnica – AT)
		FS.7.3	Otras transferencias directas extranjero (n.e.p.)

*: Para definir las categorías de gastos, véase: Manual de estadísticas de finanzas públicas www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/pdf/all.pdf.

Fuente: IHAT para SHA 2011.

Tabla D.1.3. **Ingresos y gastos de esquemas gubernamentales de financiamiento a la salud (HF.1.1)**

Gastos		Ingresos	
HC.1	Atención curativa	FS.1	Transferencias de fondos públicos internos
HC.2	Atención de rehabilitación	FS.1.1	Transferencias internas y donaciones
HC.3	Atención de larga duración (salud)	FS.2	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno
HC.4	Servicios auxiliares no especificados por función	FS.6	Otros ingresos interiores n.e.p.
HC.5	Bienes médicos no especificados por función	FS.6.1	Otros ingresos de los hogares n.e.p.
HC.6	Atención preventiva	FS.6.2	Otros ingresos de las empresas n.e.p.
HC.7	Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud	FS.6.3	Otros ingresos de las ISFLSH n.e.p.
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en otra parte (n.e.p.)	FS.7	Transferencias directas extranjero
		FS.7.1	Transferencias directas financieras extranjero
		FS.7.1.1	Transferencias financieras bilaterales directas
		FS.7.1.2	Transferencias financieras multilaterales directas
		FS.7.1.3	Otras transferencias financieras extranjeras directas
		FS.7.2	Ayudas extranjeras directas en especie
		FS.7.2.1	Ayuda extranjera directa en bienes
		FS.7.2.1.1	Ayuda bilateral directa en bienes
		FS.7.2.1.2	Ayuda multilateral directa en bienes
		FS.7.2.1.3	Otra ayuda directa extranjero en bienes
		FS.7.2.2	Ayuda directa extranjero en especie: servicios (incluida AT)
		FS.7.3	Otras transferencias extranjero directas (n.e.p.)

Fuente: IHAT para SHA 2011.

La tabla D.1.2 muestra la cuenta de los esquemas públicos de financiamiento con una clasificación funcional del gasto en salud (ICHA-HC).⁵

Cuentas sectoriales de ingresos y gastos específicos de la salud de las unidades institucionales

Esta cuenta incluye los ingresos y gastos específicos de salud de las principales unidades institucionales del sistema de salud, con independencia de si realizan la función de agente de financiamiento o proveedor de recursos financieros. La tabla D.1.4 sirve de ejemplo, y presenta los ingresos y gastos específicos de salud del gobierno.

La cuenta sectorial de los ingresos y gastos específicos de la salud del gobierno (tabla D.1.4) contiene todos los componentes de la participación pública en el financiamiento de la salud, incluida la función de agente de financiamiento y proveedor de recursos financieros. Por ejemplo, en su función de proveedor de recursos financieros, el gobierno puede conceder donaciones a una ISFLSH que cumple la función de esquema de financiamiento, por ejemplo, para pagar las cotizaciones sociales en nombre de niños o ancianos a los esquemas del seguro social obligatorio.

⁵ La tabla muestra el nivel de 1 dígito de las categorías ICHA-HC.

La cuenta sectorial del gobierno (como sector institucional) incluye las cotizaciones al seguro social entre sus ingresos y las prestaciones de la seguridad social entre sus gastos, ya que los esquemas del seguro social los puede gestionar un ente del gobierno. Las cuentas sectoriales también pueden servir para analizar el papel de los fondos extranjeros en el financiamiento de la salud.

Tabla D.1.4. **Total de ingresos y gastos del gobierno relativos a la salud**

Gastos		Ingresos	
E1	Remuneración de los asalariados	FS.1	Transferencias de ingresos internos del gobierno
E.1.1	Sueldos y salarios	FS.1.1	Transferencias y donaciones internas
E.1.2.	Cotizaciones sociales	FS.3	Cotizaciones al seguro social
E2	Uso de bienes y servicios	FS.3.1	Cotizaciones al seguro social de los empleados
E3	Consumo de capital fijo	FS.3.3	Cotizaciones al seguro social de los empleadores
E4	Intereses	FS.3.3	Cotizaciones al seguro social de los autónomos
E5	Subvenciones	FS.3.4	Otras cotizaciones al seguro social
E6	Donaciones		
E7	Prestaciones sociales	FS.6	Otros ingresos interiores n.e.p.
	Prestaciones de la seguridad social	FS.6.1	Otros ingresos de los hogares n.e.p.
	Prestaciones de asistencia social	FS.6.2	Otros ingresos de las empresas n.e.p.
	Prestaciones sociales empleador	FS.6.3	Otros ingresos de las ISFLSH n.e.p.
E8	Otros gastos	FS.7	Transferencias directas extranjero
		FS.7.1	Transferencias financieras directas extranjero
		FS.7.1.1	Transferencias financieras bilaterales directas
		FS.7.1.2	Transferencias financieras multilaterales directas
		FS.7.1.3	Otras transferencias financieras directas extranjero
		FS.7.2	Ayuda directa extranjero en especie
		FS.7.2.1	Ayuda directa extranjero en bienes
		FS.7.2.1.1	Ayuda bilateral directa en bienes
		FS.7.2.1.2	Ayuda multilateral directa en bienes
		FS.7.2.1.3	Otra ayuda extranjero directa en bienes
		FS.7.2.2	Ayuda extranjero directa en especie: servicios (incluida AT)
		FS.7.3	Otras transferencias directas extranjero (n.e.p.)
Saldo de explotación neto/bruto			

*: Para definir las categorías de gastos, véase: Manual de estadísticas de finanzas públicas www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/manual/pdf/all.pdf.

Fuente: IHAT para SHA 2011.

La contabilidad de las transacciones específicas de salud de los hogares privados y el financiamiento neto de sus propios recursos

El objetivo de la contabilidad de transacciones específicas de salud de los hogares privados y el financiamiento neto de sus propios recursos es tener una perspectiva macroeconómica del papel que desempeñan los hogares en el financiamiento a la salud. Esta cuenta hace un seguimiento de las transferencias hasta llegar a la renta primaria de los hogares, por lo que las trata de forma diferente que en la clasificación ICHA-FS (matriz HFxFS). Véase tabla D.1.5.

La cuenta de los hogares privados tiene dos partes: la primera muestra las transferencias que los hogares hacen y reciben en *relación con el financiamiento a la salud*. (No muestra los ingresos y recursos de los hogares obtenidos y usados para otros fines que no sean la salud). La segunda parte muestra el consumo final efectivo

y qué parte de dicho consumo final efectivo financian los hogares, incluyendo no sólo los pagos directos, sino también los pagos a través de terceros (los cuales se realizan con fondos de las rentas primarias de los hogares).

La cuenta de las transferencias específicas de salud de los hogares privados nos da la información siguiente:

- La parte de “usos” muestra todas las transferencias que los hogares hacen en relación con el financiamiento de salud. El origen de estos pagos es la renta de los hogares que, sin embargo, no aparece de forma explícita en esta cuenta.
- La parte de “recursos” muestra las transferencias específicas de salud y las prestaciones que reciben los hogares, incluidas las prestaciones en especie.
- El “saldo neto de las transferencias específicas de salud” muestra la diferencia entre las transferencias realizadas y recibidas. Este es el importe de las transferencias específicas de salud que reciben los hogares de otros participantes de la economía (principalmente prestaciones en especie y en efectivo) que es superior a las transferencias relacionadas con la salud que hacen los hogares.⁶
- Esta parte de la cuenta, sin embargo, no muestra de forma explícita los pagos directos que hacen los hogares por los servicios de salud (ya que no son transferencias). Este importe se puede calcular con la segunda parte de la cuenta.

La segunda parte de la cuenta muestra la parte del consumo individual efectivo de servicios de salud que se cubre con los recursos propios de los hogares.

- El “Consumo final efectivo” muestra los recursos totales dedicados al financiamiento de la salud, salvo la formación bruta de capital. El consumo individual efectivo se refiere a los servicios consumidos por las personas (con independencia de quién los paga), y el consumo colectivo efectivo se refiere a aquellos servicios que son un bien público, en un sentido económico (el consumo de una persona no excluye que otros consuman los mismos servicios). Un ejemplo son los anuncios contra el consumo de tabaco y la administración de los servicios de salud.
- El “Financiamiento neto de salud con recursos propios” muestra la parte de la renta que los hogares dedican a salud: se canaliza a través de terceros (transferencias específicas de salud) y pagos directos a los proveedores. Estos pagos directos son la diferencia entre el “Financiamiento neto de salud con recursos propios” y la suma de las transferencias de los hogares; o la diferencia entre el consumo individual efectivo y las transferencias recibidas por los hogares. (En el ejemplo, PD a 375.)

⁶ Técnicamente, las dos partes de la cuenta en T deberían ser iguales. Por tanto un saldo neto positivo (en la parte de “usos”) significa que las transferencias recibidas superan la cuantía de las transferencias realizadas. Un saldo neto negativo significa que las transferencias realizadas superan las recibidas de las partes que intervienen.

Tabla D.1.5. **Cuenta de transferencias de los hogares específicas de salud y financiamiento neto con recursos propios**

Usos		Recursos			
D.51	Deducción fiscal (por hogar)	-22	D.62	Prestaciones sociales que no sean transferencias sociales en especie	97
			D.621	Prestaciones seguridad social en efectivo	8
D.61	Cotizaciones sociales	651	D.622	Prestaciones sociales de financiamiento privado	75
D.611	Cotizaciones sociales efectivas	639	D.623	Prestaciones sociales no financiadas por asalariados	9
D.6111	Cotizaciones sociales efectivas empleadores	322	D.624	Prestaciones de asistencia social en efectivo	5
D.6112	Cotizaciones sociales efectivas de asalariados	241			
D.6113	Cotizaciones sociales de autónomos y desempleados	76	D.63	Transferencias sociales en especie	749
D.612	Cotizaciones sociales imputadas	12	D.631	Prestaciones sociales en especie	720
			D.6311	Prestaciones seguridad social, reembolsos	313
D.7	Otras transferencias corrientes	59	D.6312	Otras prestaciones seguridad social en especie	372
D.71	Primas netas de seguro	51	D.6313	Prestaciones de asistencia social en especie	35
D.75	Transferencias corrientes varias	8	D.632	Transferencias de bienes y servicios individuales no de mercado (caridad desde ISFLSH)	29
			D.7	Otras transferencias corrientes	109
			D.72	Indemnizaciones netas del seguro	50
			D.75	Transferencias corrientes varias	59
B.1	<i>Saldo neto transferencias específicas de salud</i>	267			
			B.1	<i>Saldo neto transferencias específicas de salud</i>	267
P.4	Consumo final efectivo	1330			
P.41	Consumo individual efectivo	1330			
P.42	Consumo colectivo efectivo				
B.2	<i>Financiamiento neto de salud de los recursos propios</i>	-1063			

Fuente: Manual SHA, 1.0, p. 82.

Las cuentas presentadas en el texto principal y en las tablas en este anexo describen el financiamiento de la salud desde tres perspectivas diferentes:

- Centrándose en los esquemas de financiamiento (pagos directos o a través de terceros). Por ejemplo, en el caso de los hogares como esquema de financiamiento (HF.3), sólo se contabilizan los pagos directos;
- Centrándose en las fuentes de financiamiento. Por ejemplo, en el caso de los hogares como proveedor de recursos financieros, también se contabilizan las cotizaciones al seguro social y voluntario pagadas por los hogares, etc., (además de los pagos directos);
- Centrándose, según el SCN, en el saldo neto de los recursos propios dedicados por los sectores institucionales de la economía a financiar la salud. Como ya se ha mencionado, en el caso de los hogares, todas las cotizaciones sociales (incluidas

las cotizaciones sociales de los empleadores) se notifican como usos (gastos) de los hogares.

Se podría hacer un análisis exhaustivo de los hogares comparando los tres métodos.

Problemas de la clasificación de financiamiento de la salud (ICHA-HF) en el SHA 1.0

A lo largo del tiempo, han ido surgiendo una serie de problemas con la clasificación ICHA-HF del SHA 1.0 tanto desde una perspectiva de la política de salud como de la contabilidad de la salud. La clasificación del financiamiento de salud en el SHA 1.0 se puede ver en la tabla D.1.6.

Tabla D.1.6. **Clasificación ICHA-HF del financiamiento de la salud en el SHA 1.0**

Código ICHA-HF(SHA 1.0)	Categoría ICHA-HF
HF.1	Gobierno general
HF.1.1	Gobierno general excluidos los fondos de la seguridad social
F.1.1.1	Gobierno central
HF.1.1.2	Gobierno estatal/provincial
HF.1.1.3	Gobierno local/municipal
HF.1.2	Fondos de la seguridad social
HF.2	Sector privado
HF.2.1	Seguro social privado
HF.2.2	Compañías de seguros privados (que no sea el seguro social)
HF.2.3	Gasto directo privado del hogar
HF.2.3.1	Pago directo excluido costo compartido
HF.2.3.2	Costo compartido: Administración central
HF.2.3.3	Costo compartido: Administración estatal/provincial
HF.2.3.4	Costo compartido: Administración local/municipal
HF.2.3.5	Costo compartido: Fondos de la seguridad social
HF.2.3.6	Costo compartido: Seguro social privado
HF.2.3.7	Costo compartido: Otros seguros privados
HF.2.3.9	Todos los demás costos compartidos
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro sirviendo a los hogares (que no sean seguros sociales)
HF.2.5	Empresas (que no sea el seguro médico)
HF.3	Resto del mundo

Fuente: IHAT para SHA 2011.

Las categorías de la ICHA-HF en el SHA 1.0 no reflejan adecuadamente los complejos sistemas de financiamiento de la salud

Tanto en los países de la OCDE como en los países de rentas medias y bajas fuera de la OCDE, los seguros y los esquemas de financiamiento son heterogéneos y han evolucionado como resultado de las recientes reformas e iniciativas políticas (Gottret y Schieber, 2006; OCDE, 2004). A continuación enumeramos algunos ejemplos, que demuestran que las categorías de la ICHA-HF en el SHA 1.0 no reflejan adecuadamente los sistemas de financiamiento de la salud tan complejos y cambiantes:

- En Holanda antes de 2006, las cajas de enfermedad sin fines de lucro gestionaban el esquema del seguro social; y se contabilizaban en H.F.1.2. Fondos de seguros

sociales. Después de la reforma de 2006, el mismo objetivo, es decir, facilitar el acceso a los servicios de salud de toda la población, se consigue con el seguro médico obligatorio que gestionan las empresas de seguros privados. Si las definiciones de la ICHA-HF se aplicaran de forma estricta, este gasto se contabilizaría en HF.2.2 Empresas de seguros privados. Sin embargo, el gasto en salud no se podría comparar con el anterior sistema holandés, ni con otros países de la OCDE. De hecho, Holanda notificó el gasto de los fondos de seguros obligatorios en HF.1 Gobierno general. En términos estrictos, no sería correcto. Además, las mismas compañías de seguros también ofrecen seguros médicos voluntarios que se contabilizan en HF.2.2. Si las definiciones del SHA 1.0 de la ICHA-HF se aplicaran de forma estricta, el pago, tanto de cobertura obligatoria como voluntaria, se tendría que contabilizar en HF.2.2.

- En la República de Eslovaquia, el esquema de seguro social obligatorio lo gestiona una agencia de seguro propiedad del Estado y también empresas de seguros privados. Por tanto, desempeñan el mismo papel las unidades institucionales que pertenecen al gobierno general que las unidades institucionales que pertenecen a las empresas de seguros privados. En términos estrictos, según la ICHA-HF en el SHA 1.0, el gasto de una agencia de seguros propiedad del Estado se debería notificar en HF.1.2 y el gasto de las otras aseguradoras en HF.2.2 Empresas de seguros privados. Evidentemente esto no sería correcto.
- El gasto del programa Medicare de Estados Unidos se notifica en HF.1 Gobierno general. Sin embargo, los beneficiarios pueden tener cobertura con Medicare a través de determinadas aseguradoras privadas si lo desean, o pueden seguir en el programa tradicional de Medicare. Las aseguradoras privadas (que gestionan principalmente servicios de atención) actúan en nombre del gobierno. Según la ICHA-HF del SHA 1.0, en un sentido estricto, el gasto de las aseguradoras privadas se debe clasificar en HF.2.2 Empresas de seguros privados.
- En Suiza, el seguro básico de salud es obligatorio para toda la población residente. El seguro médico obligatorio lo prestan los fondos privados, pero su actividad está fuertemente regulada (OCDE, 2006b). Varias aseguradoras que ofrecen seguros médicos obligatorios también venden seguros médicos voluntarios, que no están tan regulados. El seguro médico obligatorio en Suiza se notifica actualmente en HF.1.2 Fondos de la seguridad social (como parte de el gobierno pública general). Si Suiza clasificara los seguros médicos obligatorios según la ICHA-HF y los criterios del SHA 1.0, tanto el seguro obligatorio como voluntario aparecerían en “seguros privados” (HF.2.1 o HF.2.2) como parte del financiamiento del sector privado (HF.2). Aunque no es correcto notificar el sistema obligatorio suizo en “seguridad social”, tampoco sería satisfactorio colocarlo con el seguro médico voluntario en la categoría de seguro médico privado.
- En algunos países de rentas medias y bajas, existen modalidades específicas de financiamiento de salud, como el seguro comunitario y las cuentas de ahorros médicos, que requerirían nuevas categorías, ya que sus características no están reflejadas en ninguna de las categorías de la ICHA-HF del SHA 1.0.

De hecho, en la mayoría de los casos antes mencionados, los países aplican un método práctico que refleja mejor las modalidades de financiamiento: como si las

categorías de la ICHA-HF estuvieran definidas como esquemas de financiamiento. (En un sentido estricto, esto significa que algunos datos – según el SHA 1.0 – los han “clasificado mal” los países.)

Ambigüedad en lo que respecta a las definiciones de las categorías de la ICHA-HF

Existe mucha ambigüedad en lo que respecta a cómo se definen categorías de la ICHA-HF: El SHA 1.0 no distinguió claramente entre esquemas de financiamiento y unidades institucionales (organizaciones) que gestionan los esquemas de financiamiento.

Las definiciones de varias categorías en el SHA 1.0 se pueden interpretar de dos maneras diferentes: como esquemas o como unidades institucionales (que, sin embargo, pueden gestionar más de un esquema diferente). Por ejemplo:

- HF.1 Gobierno general: “Esta partida comprende *todas las unidades institucionales* del gobierno central, estatal o local y los fondos de seguridad social en todos los niveles del gobierno”.
- HF.1.2 Fondos de la seguridad social: “Los fondos de la seguridad social son *esquemas de seguro social que cubren a toda la comunidad, o a grandes sectores de la comunidad que son impuestos y controlados por unidades del gobierno*”.
- HF.2 Sector privado: “Este sector comprende todas las unidades institucionales residentes que no pertenecen al sector público”.
- HF.2.2 Empresas de seguro privado (que no sea el seguro social): “Este sector comprende todas las *empresas de seguro* privado que no sea el seguro social. Nota: este sector comprende los *esquemas de seguros sin fines de lucro y con fines de lucro* que no sea el seguro social”.

HF.2.3 El “Gasto directo privado de los hogares” evidentemente no es una categoría de un sector institucional. (Los hogares como sector institucional pagan también cotizaciones al seguro voluntario y primas de seguro voluntario).

Un motivo de la ambigüedad entre los esquemas y las unidades institucionales es que las definiciones de la mayoría de las categorías de la ICHA-HF en el SHA 1.0 se sacaron del SCN 93 (definiciones de los sectores institucionales) sin una interpretación adecuada del sector de salud. Además, desde el SCN 93 los sistemas de salud han experimentado cambios considerables que evidentemente el SCN no puede reflejar.

De hecho, algunos países (por ejemplo, Holanda, República de Eslovaquia, Suiza, etc.) tuvieron que decidir si aplicaban un esquema de financiamiento o un modelo institucional. En cualquier caso, los países aplicaron un esquema de financiamiento, porque reflejaba con mayor precisión las características de sus sistemas de financiamiento. (En un sentido estricto, sin embargo, existe una cierta discrepancia entre las definiciones de la ICHA-HF en el SHA 1.0 y los nuevos esquemas. Esta es una de las razones básicas por las que se ha revisado la clasificación ICHA-HF.)

Qué tipo de información cabe esperar del SHA 2011?

Para responder esta pregunta, nuestro punto de partida es el SHA 1.0, que

subraya:

“El conjunto de tablas básicas en el Sistema de Cuentas de la Salud (SHA) resuelve tres cuestiones básicas:

- De dónde procede el dinero (fuente de financiamiento)
- Dónde va el dinero (proveedor de bienes y servicios de salud)
- Qué tipo de servicios (funcionalmente definidos) se realizan y qué tipos de bienes se compran

En consecuencia, el SHA se ha organizado en torno a un sistema de tres ejes para registrar el gasto en salud, proponiendo una nueva Clasificación Internacional de Cuentas de la Salud (ICHA), que define:

- La salud por función (ICHA-HC);
- Las ramas de actividad de los proveedores de servicios de salud (ICHA-HP);
- Las fuentes de financiamiento de la salud (ICHA-HF).”

De hecho, las tablas HCxHF y HCxHP responden a la primera cuestión desde la perspectiva de los proveedores. Sería más preciso decir: de dónde procede el dinero que se *recibe de los proveedores*.

Durante la implementación del SHA, la ambigüedad en lo que se refiere a “dónde procede el dinero” provocó cambios en el nombre de la clasificación ICHA-HF. La JHAQ 2006 utilizaba dos términos: agente de financiamiento/esquema de financiamiento, reflejando la falta de acuerdo.

Durante el proceso revisión del SHA 2011 se debatió exhaustivamente si la ICHA-HF debería definirse como una clasificación de esquemas de financiamiento o una clasificación de agentes de financiamiento (unidades institucionales).

En lo que se refiere a la interpretación de “dónde”, se pueden aplicar dos métodos:

- *Desde la perspectiva de la política de salud*, el “dónde” se refiere a los principales “bloques” del sistema de financiamiento de la salud de un país: programas gubernamentales, seguro obligatorio, seguro voluntario, pagos directos, etc. Desde la perspectiva de la política de salud, el sistema de tres ejes (tablas HCxHF y HPxHF) da información de *cómo se asignan los principales esquemas de financiamiento entre servicios/proveedores*.
- *Desde la perspectiva estadística/microeconómica*, el “dónde” se refiere a las unidades económicas que realizan los pagos. Si la ICHA-HF se definiera como una clasificación de agentes de financiamiento (unidades institucionales), las tablas HCxHF y HPxHF darían información sobre las unidades económicas que realizan los pagos a los proveedores, *con independencia del esquema de financiamiento que gestionan*.

Para subrayar las diferencias entre las dos perspectivas, veamos el siguiente ejemplo. En un país determinado, las compañías de seguro privado gestionan un seguro obligatorio y uno voluntario:

- La política de salud se centra en la diferencia entre el gasto del esquema del seguro obligatorio y el esquema del seguro voluntario (con independencia de qué unidades económicas realizan el pago bajo el esquema de seguro obligatorio);

- La microeconomía se centra en el funcionamiento de las compañías de seguros privados. Sin embargo, incluso en este caso, los datos que incluyen pagos bajo el seguro voluntario y obligatorio no tienen mucho significado. La información que se necesita es la de los esquemas de financiamiento y las unidades institucionales.

Conclusión sobre la interpretación de la clasificación ICHA-HF

La información esencial para poder analizar la política de salud es lo que sitúa a los esquemas de financiamiento de la salud en el centro de la estructura contable del financiamiento a la salud del SHA 2011. Por tanto, la ICHA-HF se interpreta como una clasificación de los esquemas de financiamiento.

Esto no quiere decir, sin embargo, que las medidas institucionales para asignar los recursos y obtener los fondos no sean importantes. La propuesta de generar una clasificación de agentes de financiamiento (ICHA-FA) y las tablas pertinentes (gastos por funciones, esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento y gastos por proveedores, esquemas de financiamiento y agentes de financiamiento) abordan este asunto.

ANEXO E

Clasificación de los Productos de la Salud

Introducción

El sistema de salud ofrece bienes y servicios a la población en forma de productos de salud. En el manual del SHA 2011 se mencionan los distintos productos de salud, por lo que se debe definirlo para poder analizar la producción y el proceso de consumo. Este anexo describe cómo se clasifican los productos de salud por su composición y características. Las categorías presentadas no pretenden ser una clasificación definitiva en estos momentos. El anexo también incluye un resumen de los posibles usos de dicha clasificación y una breve referencia a los productos que se mencionan en los principales capítulos.

En el SHA 2011, la clasificación funcional intenta agrupar los productos de salud por finalidades, con categorías relativas a la historia natural de la enfermedad (véase capítulo 5). El contenido de las categorías funcionales, que son los distintos bienes y servicios de salud, se clasifican por modo de provisión (MdP). Una clasificación de productos nos permite realizar un análisis más exhaustivo del consumo de productos de salud según el tipo de MdP y objetivo.

El límite de las cuentas de la salud se fija según las funciones de la salud. La característica básica del enfoque funcional se basa en el gasto en consumo final, relativo a los bienes y servicios de salud comprados por los hogares, ISFLSH y administración pública con un objetivo de salud (véase en capítulo 4 una descripción de la fijación del límite).

La clasificación de proveedores de bienes y servicios de salud (HP) en el SHA 2011 está organizada en torno a las funciones de salud, por lo que existe una equivalencia con respecto a los productos subyacentes, al menos implícitamente: es decir, los servicios de salud consumidos tienen que ser producidos (véase capítulo 6). Sin embargo, no existe una relación biunívoca entre el proveedor y el tipo de producto, ya que los proveedores generan distintos productos. Clasificando los productos se puede definir el conjunto de productos de salud por proveedor. También sirve para identificar más fácilmente los servicios prestados que no se consideran de salud. Por ejemplo, la tecnología se puede utilizar para finalidades que no son de salud, como es el caso de algunos procedimientos cosméticos, así como para la prestación de bienes y servicios no de salud en farmacias.

La clasificación de productos se puede utilizar para identificar la cantidad¹ de bienes y servicios de salud producidos y consumidos en un país, para conocer cuánto se gasta en partidas específicas. Lo cual nos permite estudiar si un país está alcanzando mejores indicadores de desempeño debido a las cantidades consumidas, o gracias a los cambios en los precios. A fin de dar seguimiento al consumo a lo largo del tiempo, una estrategia que se utiliza es monitorear la dinámica de un conjunto de servicios de salud en cada país. Existen varias iniciativas internacionales de comparaciones de precios por las paridades de poder adquisitivo de un conjunto seleccionado de insumos y productos. La clasificación de productos de salud puede servir para crear PPA específicas de salud² (véase en capítulo 13 una descripción del análisis de precio y volumen).

Usos de una clasificación de productos³

Como con cualquier clasificación, la estandarización nos permite realizar comparaciones internacionales y a lo largo del tiempo. La definición de productos de salud y sus características puede servir para reducir la ambigüedad con respecto a las decisiones sobre las clasificaciones.

Uno de los usos principales de una clasificación de productos debería ser por tanto facilitar la fijación de límites en cada sistema de salud para seleccionar lo que se debe considerar gasto en salud. El uso internacional de un listado explícito de productos de salud debería mejorar la capacidad de comparación del gasto en salud. Para ello, no hay que intentar generar una tabla de cuentas de la salud utilizando la clasificación de productos como eje, sino sólo seleccionar el alcance de las cuentas de forma estandarizada.

El desarrollo de una clasificación estándar de productos serviría también para que el contenido de cada categoría funcional fuera más explícito. Muchos productos se pueden clasificar de forma genérica, pero sólo la finalidad de consumo permite integrarlos en una función específica. Por ejemplo, un servicio de transporte se puede relacionar con educación o con ocio, pero sólo bajo determinadas condiciones se puede clasificar como salud. Los productos de salud se dirigen a necesidades de salud, pero no tienen una relación biunívoca en la mayoría de los casos: pueden existir diferentes productos para la misma necesidad, o un producto para múltiples necesidades. El mismo contacto con el sistema de salud se puede clasificar como preventivo o curativo según su finalidad. Está claro que los productos y las funciones

¹ El capítulo 13 incluye una explicación de las diferencias entre cantidad y volumen.

² Aunque en algunos países de la OCDE/UE se crean PPA según el DRG, hay que comentar que los DRG son válidos solo para los entornos de atención con internamiento. En entornos ambulatorios se utilizan conjuntos de productos para obtener datos comparables internacionalmente de las cantidades ofertadas (y consumidas) en la rama de actividad de la salud. La estrategia de PPA en países con rentas medias y bajas también está relacionada con los conjuntos de productos. Estos bienes y servicios están relacionados con la CCP/CPA. Véase capítulo 13.

³ La clasificación de productos en el sistema estadístico nacional se utiliza para varios fines: a) los productos son la base para preparar las estadísticas sobre producción, comercio distributivo, consumo, comercio exterior y transporte de dichos productos, de los cuales una sección pertenece a salud; b) los datos de los productos se utilizan para elaborar la tabla de oferta y demanda: los productos de salud son un medio importante para crear las tablas de oferta y demanda tanto de toda la economía como de las específicas de la salud. La comparación de los productos contribuye a conocer las mejores prácticas y relaciona el desempeño con los factores institucionales y relacionados con la política de salud, sirviendo también para identificar las posibles ganancias si se mejora el desempeño.

de salud están relacionados. De hecho, el valor de las funciones se establece como equivalente al valor de los grupos de productos consumidos con una finalidad de salud específica. A este fin, un posible uso de la clasificación de productos es elaborar el contenido de las categorías HC y no necesariamente generar una tabla de productos de clasificación cruzada por HC. Un listado de productos puede servir para identificar las principales categorías de productos de los proveedores de servicios de salud y poder tomar decisiones cuando se clasifican estos proveedores.

Parece que lo básico es poder medir la cantidad de productos consumidos, a pesar de que no es un proceso estandarizado en la mayoría de los países. Los servicios de información de las instituciones de proveedores se pueden mejorar si acuerdan el conjunto de productos que desean controlar para poder establecer las comparaciones. Algunos productos ya se han utilizado bastante como indicadores de las prácticas del sistema de salud, como por ejemplo el número de cesáreas.

La información sobre los productos se puede utilizar para hacer análisis más complejos, como de productividad y efectividad. Para ello, se puede ajustar la clasificación para seleccionar los productos en el nivel adecuado de agregación, para poder comparar mediciones. El nivel de agregación debe ser explícito y ajustado para poder hacer la medición. Es decir, los productos se pueden expresar como bienes o servicios individuales, o como un conjunto de servicios (véanse definiciones y usos específicos más abajo).

El nivel de agregación de los productos que se va a utilizar depende del análisis que se desee realizar. La clasificación de productos se puede utilizar para analizar los tipos de proveedor o de productos, como hospitales y servicios de hospitales o residencias asistidas y servicios de AVD. Sin embargo, para realizar el análisis por beneficiario se requeriría un nivel más detallado, en cuyo caso habría que tener en cuenta el tratamiento, tipo de enfermedad o paciente. Cada uno de estos usos puede requerir diferentes niveles de agregación de productos.

La clasificación de productos se puede utilizar en la recolección de datos sobre precios. Un índice de precios de consumo mide los precios pagados al minorista. La recolección de datos de dichos precios requiere una especificación detallada de los productos más representativos. Las encuestas de precios son caras, por lo que sólo se estudian los precios de un determinado grupo de productos. En algunos casos, los productos se agrupan en un nivel más alto de agregación para reducir el costo de la recogida de datos. Un ejemplo son los servicios de internamiento, que comprenden un conjunto de productos, incluidos los relacionados con el diagnóstico y tratamiento, así como de enfermería y provisión de alimentos durante la estancia. Lo que se genera es un promedio, en vez de conocer el número total de productos. Por otra parte, es posible que determinados análisis requieran información más detallada sobre áreas específicas, en cuyo caso el nivel de datos sobre el producto tiene que ser más detallado. Los productos seleccionados de salud forman parte del Índice de Precios al Consumo (IPC), que en muchos países se calcula de forma

periódica.⁴

En resumen, una clasificación puede servir para comparar los productos de salud y fomenta la armonización de varios tipos de estadísticas que tratan con bienes y servicios y fortalecen el papel de las cuentas nacionales de salud como instrumento para la coordinación, sentando las bases para elaborar las estadísticas de producción y consumo de salud.

Definición de producto de salud

Un producto de salud es el resultado de la interacción de capital, mano de obra y capacidad emprendedora en el proceso de producción con la finalidad principal de mejorar, mantener o evitar el deterioro del estado de salud de las personas o mitigar las consecuencias de la enfermedad.

Los productos pueden incluir tanto bienes como servicios. Los bienes son objetos físicos sobre los que se puede establecer el derecho de propiedad, el cual se puede transferir de una unidad institucional a otra mediante transacciones de mercado. Los bienes se demandan ya sea porque satisfacen determinadas necesidades de los hogares o la comunidad, o porque se pueden utilizar para producir otros bienes o servicios. La producción e intercambio de bienes son actividades independientes. La separación entre la producción de un bien y su venta o reventa es una característica económicamente significativa de un bien (no una característica de los servicios). Los bienes se pueden almacenar.

Los servicios son productos cuyo derecho de propiedad no se puede establecer, aunque normalmente generan cambios en las condiciones de las unidades de consumo, con beneficios para la salud de las personas que los reciben. Se pueden separar de su producción, ya que son el resultado de una demanda de los consumidores. Una vez completada su producción, se considera que el servicio se ha prestado al consumidor. Los bienes pueden tener un conjunto características constante, dependiendo de la forma en que se producen, mientras que la producción de los servicios es heterogénea ya que están vinculados a la situación en la que se prestaron o consumieron. En el SCN 2008 (párrafos 6.10-6.22) se describen los productos como bienes y servicios.

- *Productos para consumo final e intermedio*

Los productos se pueden destinar al consumo final y consumo intermedio. La clasificación de productos de salud se centra en los productos utilizados para el consumo final. Los productos para el consumo intermedio de los proveedores se incluyen en esta clasificación sólo cuando son de salud, según se define en la clasificación funcional, como por ejemplo los diagnósticos de laboratorio e imagenología, provisión de medicamentos y transporte de pacientes, cuando se suministran para el consumo final. Otros productos de consumo intermedio, como la electricidad, papel y alimentos, no se incluyen en esta clasificación.

⁴ El acuerdo sobre el conjunto de productos y el nivel ideal de detalle presenta desafíos operativos en varios países, dependiendo del sistema estadístico y los recursos disponibles para realizar las encuestas de precios. En la OMS, algunas de las recomendaciones incluyen por ejemplo 30 medicamentos más utilizados y sus precios en varios sectores (público, privado y privado sin fines de lucro), marcas innovadoras y el más vendido y los genéricos de más bajo precio, así como una medida paralela de los precios de referencia internacionales, véase OMS (2011a).

Para definir correctamente los productos de una rama de actividad de un servicio, es esencial especificar lo que el productor vende y lo que el consumidor compra. Es decir, cuando se realiza una transacción, se debe determinar de forma implícita o explícita lo que se “ha contratado”. Los productos de servicio final pueden incluir uno o más de los tipos siguientes:

- *Servicio simple*: un servicio estandarizado cuya producción real se puede medir en unidades físicas, por ejemplo, una vacuna.
- *Servicio compuesto*: un producto con varios servicios que se producen de forma conjunta (en virtud de determinadas normas, procesos de producción, requisitos de seguridad e higiene o prácticas industriales). El cliente no puede elegir entre los servicios que componen el conjunto – los compra todos o ninguno. Por ejemplo, una visita ambulatoria que incluye servicios diagnósticos así como un plan terapéutico de un trabajador de salud.
- *Conjunto de servicios*: Un producto que contiene un conjunto de servicios negociados entre el proveedor de servicios y el cliente, cuya composición puede variar en función del cliente. Por ejemplo, una admisión en un hospital puede contener algunos bienes y servicios de enfermería, médicos y de “hotel”. Cuando los productos son para tratar una enfermedad, implícitamente incluirán un conjunto o un grupo de servicios compuestos.

Un producto se puede identificar mejor si la información que se tiene del mismo coincide con las prácticas prevalentes en el mercado y de registro en rama de actividad. Los productos compuestos o agrupados se integran normalmente en un centro de costos, o un sistema de facturación. Un acuerdo progresivo de prácticas de registro y notificación puede ser ventajoso tanto para poder hacer comparaciones como para utilizar las cuentas de la salud.

- *Criterios utilizados para elaborar la clasificación*

La clasificación de productos se ha diseñado para clasificar los bienes y servicios con características comunes. Las categorías propuestas son un primer intento de cubrir todos los bienes y servicios, sobre todo para relacionarlos con el objetivo (funciones) y la clasificación de proveedores (por tipo de servicios), y vincularlos al modo de provisión. Esta clasificación también se puede vincular a las clasificaciones de productos utilizados nacional e internacionalmente,⁵ que podrían facilitar el uso de los datos de las cuentas nacionales de la salud.

Para poder generar las distintas categorías, se han tenido en cuenta las diferencias en tecnología. Los productos definidos según su tecnología puede servir para que los proveedores de salud puedan evaluar la idoneidad de los métodos utilizados y la calidad de la salud.

El sistema de clasificaciones estadísticas incluye una clasificación de productos.

⁵ Aquí se hace referencia a las conexiones con la CCP: Clasificación Central de Productos y CPA: Clasificación de Productos por Actividades, aunque las estadísticas del sistema de salud se basan en alguna versión modificada de las clasificaciones de referencia del SCN, por objetivos, ramas de actividad y productos. Todas las relacionadas con la salud se han utilizado en el SHA y todas han sido ligeramente modificadas para poder realizar los análisis. La principal característica de estas clasificaciones es que los servicios de internamiento y ambulatorios y la provisión de productos médicos se consideran desde varias perspectivas: la rama de actividad que los produce, la finalidad del consumo y el objeto del consumo. Véase en Anexo A una visión detallada de la interacción del SHA con varias clasificaciones de referencia.

La clasificación de productos de salud en el SHA se basa en la CCP Ver. 2 y la CPA Rev. 2.⁶ Tanto la CCP como la CPA clasifican los productos por sus propiedades físicas, su naturaleza intrínseca y por el principio de origen industrial. La conexión entre la CPA y la descripción armonizada de mercancías y el sistema de codificación (HS) es menos estricta que entre la CCP y HS, ya que la CPA da mayor prioridad al origen industrial. El origen industrial puede ser muy útil para las estadísticas de producción, pero no son tan relevantes para otro tipo de estadísticas, como por ejemplo las que se refieren a la finalidad. Para los productos de salud, estos criterios se pueden traducir de la siguiente forma:

- Las propiedades físicas de los productos (que no se pueden aplicar a los servicios) se refieren a la finalidad de salud y su durabilidad, que significa que los productos médicos pueden ser perecederos, como los productos farmacéuticos y otros insumos médicos, pero también no perecederos, como herramientas y equipos médicos, prótesis y órtesis, que se pueden utilizar más de un año.
- La naturaleza intrínseca se aplica tanto a los bienes como a los servicios, que en principio deben tener la finalidad principal de salud y deben tratar con la tecnología de la salud y que por tanto tiene un carácter general o especializado, por ejemplo, la cirugía, un procedimiento menor, una consulta, servicios para los que los recursos humanos y los equipos pueden ser radicalmente diferentes.
- El origen industrial se debe acordar con los proveedores, según se especifica en la clasificación de proveedores.⁷ Una unidad de cirugía en una unidad ambulatoria, un internamiento de día o un hospital pueden tener diferentes niveles de complejidad y tecnología.

Los criterios básicos en las clasificaciones internacionales de productos se complementan con unos criterios específicos, necesarios para delimitar los productos de salud:

- Las categorías más agregadas se relacionan con alguno de los conjuntos por finalidad en la clasificación funcional, que puede incluir el agregado más simple, como por ejemplo el nombre de un medicamento o producto médico, o la intervención específica realizada, como por ejemplo una vacuna (véase cuadro E.1.1 más abajo);
- En las distintas categorías funcionales divididas por Mdp, los productos se clasifican siguiendo dicha división;

⁶ El sistema integrado de clasificaciones estadísticas tiene una estrecha relación con la descripción armonizada de mercancía y el sistema de codificación, con lo que se pueden comparar estadísticas producidas en diferentes dominios estadísticos. La CPA es la parte europea de la CCP, aunque los componentes de la CPA tienen un orden estructural diferente. La CCP estructura los productos según sus propiedades físicas y la naturaleza intrínseca de los mismos, así como por el principio de origen industrial; la CPA establece los mismos criterios, pero da prioridad al origen industrial. Tanto la CCP como la CPA cubren toda la economía, incluida la salud: en la CCP en la sección 93 Salud humana y servicios de asistencia social; en la CPA en la sección Q Salud humana y servicios de trabajo social. Aunque las dos clasificaciones contienen secciones que abarcan la salud, esto no quiere decir que los límites sean idénticos a los que utiliza el SHA. Por otra parte, la CCP y la CPA contienen secciones de productos que no son parte de la salud, como se define en el SHA (como por ejemplo la mayor parte de los servicios sociales). Por otra parte, el SHA cubre áreas que se tratan en otras partes de la CCP y CPA (como la prestación de servicios públicos y provisión de productos médicos relativos a la salud).

⁷ Esto significa que se tienen en cuenta todos los proveedores de salud, no solo los proveedores cuya actividad principal es la salud (como en CIIU y NACE).

- Cuando se requiere un mayor nivel de agregación, la propuesta es dividir los productos por niveles de tecnología y diferenciarlos en generales o especializados;
- Los servicios especializados se pueden detallar por tipo de especialidad, como por ejemplo consulta o admisión en otorrinolaringología, o consulta o admisión en ginecología;
- El contenido del producto o contacto compuesto se puede utilizar para etiquetar el mismo. Por ejemplo, una consulta con el oftalmólogo para graduar la vista, o una consulta al cardiólogo con un diagnóstico por electrocardiograma.

El contacto se puede relacionar con una de las actividades siguientes:

- Establecer un diagnóstico;
- Formular una prescripción y un plan terapéutico;
- Complementar el proceso con pruebas por imagen, pruebas de laboratorio y funcionales para el diagnóstico y evaluación de la evolución clínica;
- Complementar un plan terapéutico para incluir productos farmacéuticos y otros productos médicos, así como procedimientos como por ejemplo de cirugía;
- Supervisar y evaluar la evolución clínica.

Los productos que se excluyen del límite de la salud pero que se utilizan para los análisis también se pueden incluir en la clasificación como partidas debajo de la línea.

- *Adaptaciones y cambios en las clasificaciones básicas*

La clasificación según se presenta en este capítulo se basa en la CCP y la CPA,⁸ incluidas las categorías de salud y los componentes externos a la rama de salud humana del SHA 2011. El punto de partida es el de las funciones de salud, que también subyace en las categorías de proveedores, para establecer el área de salud y la finalidad a la que sirven. Incluye productos no especificados por función (comercio al por menor y servicios de laboratorio, así como servicios auxiliares como transporte de pacientes), productos de gobernanza y algunos productos relacionados con la producción secundaria de los proveedores. La producción secundaria de proveedores podría incluir programas de especialización de profesiones médicas y de enfermería. Otro caso podrían ser los servicios que preparan las dietas de los hospitales que se sirven por ejemplo en una residencia asistida. Muchos grupos y categorías se amplían con grupos de un dígito adicional para tener una imagen más completa de los productos de salud.

⁸ La base para clasificar los productos de salud es la CCP y la CPA. Una fuente adicional de productos se utiliza para detallar más categorías específicas. Para los servicios médicos generales, se utiliza la clasificación internacional de atención primaria (CIAP, 2005). Los servicios del programa público de prevención se complementan con varios de los servicios mencionados en la publicación de Salud Pública Esencial de la OMS (OMS, 2002). Existen varias fuentes de información sobre los servicios de comercio al por menor de productos farmacéuticos. En primer lugar, se añaden algunos datos de la producción farmacéutica a la estructura de ventas al por menor. La información se puede encontrar en el sistema armonizado (títulos y subtítulos de HS 2007). Algunos ejemplos son la venta de vitaminas, provitaminas y antibióticos, vacunas y sueros y anticonceptivos orales. Los medicamentos de uso terapéutico y profiláctico, se pueden ver en la Clasificación Anatómica Terapéutica (CAT; OMS, 2011b). La información de los apósitos y otros productos médicos perecederos se pueden encontrar en varias páginas de internet sobre cura de heridas y productos relacionados (véase por ejemplo Derm Net NZ, 2011; MedScape, 2011). Asimismo, la información de los productos médicos y ortopédicos se encuentra en el sistema armonizado. No se incluye la información en la CCP y CPA que no es relevante para la clasificación de productos de salud.

Clasificación de productos

La clasificación de productos a su nivel más detallado contiene seis dígitos. Aunque para determinados usos la clasificación no es lo suficientemente detallada (por ejemplo, para estudios específicos de precios de determinados productos), para otros el grado de detalle es muy grande.

Un ejemplo del nivel de detalle en la clasificación se presenta en el cuadro E.1.1, en el que el comercio al por menor de productos farmacéuticos y productos médicos perecederos se clasifica en “otros artículos con fines médicos”. Es posible que para las estadísticas generales la información sea demasiado detallada, pero para las estadísticas sobre apósitos para las heridas habría quizá que ampliar un poco la información.

En la rama de actividad de salud, muchos servicios se prestan como servicios compuestos, o en un conjunto de servicios. La distinción es importante para entender las categorías que se proponen más abajo. Un servicio compuesto es una combinación de actividades inseparables. Una actividad no puede existir sin la otra. Un conjunto de servicios es una combinación de éstos que depende de una intervención específica necesaria. Cada conjunto de servicios se personaliza para conseguir un estado de salud determinado, dependiendo de la disponibilidad de recursos, por lo que puede estar compuesto por diferentes conjuntos de servicios o diferentes combinaciones de componentes en el mismo agregado del producto. Un conjunto puede ser una combinación de servicios compuestos y simples.

Cuadro E.1.1. **Ejemplo del posible nivel de detalle de apósitos para las heridas y otros productos médicos perecederos**

07.1	Servicios de comercio al por menor de productos farmacéuticos y médicos perecederos
07.1.3	Otros productos médicos perecederos
07.1.3.1	Apósitos para heridas (excluidas vendas)
07.1.3.1.1	Apósitos clásicos para las heridas
07.1.3.1.1.1	Apósitos secos para las heridas
07.1.3.1.1.2	Apósitos para las heridas que conservan la humedad
07.1.3.1.2	Apósitos bioactivos y sustitutos de la piel
07.1.3.2	Otros productos médicos perecederos
07.1.3.2.1	Vendas adhesivas y no adhesivas
07.1.3.2.2	Jeringuillas hipodérmicas, kits de primeros auxilios y bolsas de hielo (desechables)
07.1.3.2.3	Artículos de calcetería médica como las medias elásticas y las rodilleras
07.1.3.2.4	Pruebas de embarazo
07.1.3.2.5	Condomes y otros anticonceptivos mecánicos

Productos de salud

01 Servicios de internamiento (CCP/CPA 9311, 86.1)

Esta categoría incluye:

- Servicios de hospital de corta y larga duración para pacientes ingresados por un mínimo de 24 horas, es decir, servicios médicos, de diagnóstico y tratamiento, en hospitales generales (hospitales regionales y de una comunidad, hospitales de organizaciones sin fines de lucro, hospitales universitarios, hospitales militares o en prisiones) y hospitales especializados (por ejemplo, salud mental y adicciones, hospitales de enfermedades infecciosas, hospitales de maternidad, sanatorios especializados).

Los servicios se dirigen a los pacientes internados y se realizan bajo supervisión directa de los médicos (CIUO grupos 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) y contienen:

- Servicios médicos, de rehabilitación, asistencia de enfermería de día;
- Servicios de sala de emergencia y operaciones, etc.;
- Servicios de laboratorio, imagenología y otros servicios auxiliares.

También incluye servicios farmacéuticos y de laboratorio, servicios técnicos prestados a pacientes del hospital que forman parte del conjunto de servicios.

Esta categoría excluye:

- Los servicios prestados en unidades ambulatorias del hospital (03.2, 03.3), los prestados a los pacientes de día (02), laboratorio, imagenología, transporte y otros servicios auxiliares a los pacientes ambulatorios (04.5).

- *01.1 Servicios quirúrgicos de hospital (CCP/CPA 93111, 86.10.11)*

Esta subcategoría incluye:

- Los servicios quirúrgicos bajo la dirección de los médicos (CIUO grupo 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) a los pacientes ingresados en el hospital, con el objetivo de curar y restaurar la salud de un paciente. Los servicios quirúrgicos suponen el uso del manual operativo y de las técnicas instrumentales en un paciente para investigar o tratar una patología como una enfermedad o lesión, o ayudar a mejorar la función del cuerpo. Incluye los servicios farmacéuticos, servicios de enfermería y laboratorio, así como los servicios prestados a los pacientes hospitalarios que forman parte de un conjunto de servicios.

Los servicios de rehabilitación y preventivos están incluidos sólo si forman parte del conjunto de los servicios prestados.

Esta subcategoría excluye los servicios quirúrgicos de atención de día (02.1); los servicios de cirugía menor prestados en las consultas generales y de los especialistas (03.1 y 03.2); cirugía dental en hospitales (03.3). Este tipo de servicio también excluye la cirugía con el campo de la ginecología y obstetricia (01.2).

- 01.2 Servicios de internamiento de ginecología y obstetricia (CCP/CPA 93112, 86.10.12)

Esta subcategoría incluye:

- Los servicios de ginecología y obstetricia prestados bajo la dirección de un médico (CIUO grupo 2212 Profesionales médicos especialistas así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) a pacientes ingresados con el fin de recuperar su salud. Incluye los servicios farmacéuticos, servicios de enfermería y de laboratorio y los servicios técnicos prestados a los pacientes internados que forman parte del conjunto de servicios.

Esta subcategoría incluye también los servicios de planificación familiar, con tratamientos como la esterilización e interrupción del embarazo, con alojamiento. Incluye los servicios preventivos que forman parte del conjunto de servicios.

Esta categoría excluye los servicios de ginecología y obstetricia prestados en una atención de día (02.2), por especialistas independientes a pacientes ambulatorios (03.2.2.3) y por parteras independientes (que no forman parte del conjunto de servicios) (04.1).

- 01.3 Servicios de internamiento de rehabilitación (CPA 86.10.13)

Esta subcategoría incluye:

- Los servicios de rehabilitación prestados bajo la dirección de un médico (CIUO grupo 2212 Profesionales médicos especialistas así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) a pacientes internados, con el objetivo de restaurar y mantener la salud del paciente. La rehabilitación es un proceso cuya intención es que las personas con limitaciones funcionales puedan alcanzar una función física, sensorial, intelectual, psicológica o social óptima. Incluye los servicios farmacéuticos, los servicios de enfermería y de laboratorio, así como los servicios técnicos prestados a los pacientes internados que forman parte del conjunto de servicios.

Se incluye las actividades preventivas que forman parte del conjunto de servicios.

Los productos de rehabilitación incluyen:

- Servicios físicos, psicológicos, logopedia y terapia ocupacional y de apoyo.

Esta categoría excluye los servicios de rehabilitación prestados en atención de día (02.3), práctica general (03.1) y otros servicios de salud (04), como los servicios de fisioterapia para pacientes ambulatorios.

- 01.4 Servicios de internamiento de psiquiatría (CCP/CPA 93113, 86.10.14)

Esta subcategoría incluye:

- Los servicios psiquiátricos prestados bajo la dirección de un médico (CIUO grupo 2212 Profesionales médicos especialistas así como el grupo 2230 Profesionales de medicina tradicional y alternativa) a pacientes internados, con el objetivo de curar o mantener la salud mental de un paciente. Incluye también los servicios farmacéuticos, servicios de enfermería y de laboratorio y servicios técnicos prestados a los pacientes internados. Incluye los servicios preventivos que forman parte del conjunto de servicios.

Esta categoría excluye los servicios de salud en entornos de atención de día (02.4) y los servicios en las consultas de los especialistas (03.2.3)

- *01.5 Servicios de cuidados intensivos*

Los cuidados intensivos incluyen la atención médica continua y el tratamiento a pacientes muy enfermos, en unidades especiales (unidad de cuidados intensivos) de un hospital. Incluye servicios de enfermería, auxiliares, de laboratorio, imagenología, prevención y otros servicios que forman parte del conjunto de servicios.

- *01.9 Otros servicios de internamiento (CCP/CPA 93119, 86.10.15, 86.10.19)*

Esta subcategoría incluye:

- Otros servicios de internamiento prestados bajo la dirección de un médico (CIUO grupo 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) a pacientes internados, con el objetivo de curar, restaurar o mantener la salud de un paciente, que no se hayan mencionado anteriormente. Incluye otros servicios de internamiento (radioterapia, quimioterapia, diálisis, etc.) prestados a pacientes internados que forman parte del conjunto de servicios.

Esta subcategoría excluye los servicios médicos de especialistas a los pacientes internados (03.2, y servicios dentales especializados (03.3.1) que no forman parte del conjunto de servicios. Los servicios de atención de día (02) están excluidos. Se excluyen también los servicios de ambulancia (04.4) y los servicios médicos de laboratorio para pacientes ambulatorios (04.5) que no forman parte del conjunto de servicios.

- *01.9.1 Servicios de radioterapia*

La radioterapia es el tratamiento de una enfermedad mediante la radiación ionizante; los tejidos pueden estar expuestos a un haz de radiación, o a un elemento radioactivo en determinados dispositivos (por ejemplo, agujas o cables) insertados directamente en el tejido (radioterapia intersticial), o que se puede introducir en una cavidad natural del cuerpo (radioterapia intracavitaria).

Esta categoría incluye estos servicios sólo si se pueden identificar de forma separada.

- *01.9.2 Servicios de quimioterapia*

La quimioterapia es el tratamiento de una enfermedad utilizando agentes químicos o medicamentos de toxicidad selectiva para el agente que causa la enfermedad, como un virus, bacteria u otro microorganismo.

Esta categoría incluye estos servicios solo si se pueden identificar de forma separada.

- *01.9.3 Servicio de diálisis*

Un procedimiento para eliminar los productos metabólicos residuales, o sustancias tóxicas de la sangre mediante diálisis (bien hemodiálisis, hemofiltración o diálisis intestinal).

Esta categoría incluye estos servicios sólo si se pueden identificar de forma separada.

01.9.9 Otros servicios de internamiento n.e.p.

Todos los servicios prestados en un entorno hospitalario para los pacientes ingresados incluidos los prestados por los médicos (CIUO grupos 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) o bajo la supervisión de los médicos no clasificados en otra parte, se tienen que incluir aquí.

02 Servicios de atención de día

Esta categoría incluye:

- Los servicios en “hospital” de corta duración para los pacientes ingresados durante menos de 24 horas (atención de día), es decir, servicios médicos, de diagnóstico y tratamiento. Los servicios de atención de día no se limitan a los hospitales, sino que también se pueden prestar en ambulatorios y centros independientes.

Incluye los servicios farmacéuticos, servicios de enfermería y de laboratorio y servicios técnicos prestados a los pacientes de atención de día que forman parte del conjunto de servicios.

Los servicios se prestan a los pacientes internados de día y se realizan bajo supervisión de un médico (CIUO grupos 2212 Profesionales médicos especialistas, así como grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) y comprenden:

- Los servicios médicos, de rehabilitación, asistencia de enfermería de día;
- Servicios en unidades de emergencia y quirófanos, etc.;
- Servicios de laboratorio, imagenología y todos los demás servicios auxiliares.

Esta categoría excluye los servicios prestados por el hospital a los pacientes internados (01) y ambulatorios (03, 04), Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios (04.5).

• 02.1 Servicios quirúrgicos en atención de día

Esta subcategoría incluye:

- Los servicios quirúrgicos prestados bajo dirección médica (CIUO grupos 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) a los pacientes internados de día, con el objetivo de curar o restaurar la salud de un paciente. Incluye también los servicios farmacéuticos, servicios de enfermería y de laboratorio y servicios técnicos prestados a los pacientes internados de día, cuando forman parte del conjunto de servicios.

Los servicios de rehabilitación y preventivos se incluyen solo si forman parte del conjunto de servicios.

Este tipo de servicio también excluye la cirugía relacionada con el campo de la ginecología y obstetricia (02.2) y cirugía dental en hospitales (03.3).

• 02.2 Servicios de ginecología y obstetricia en atención de día

Esta subcategoría incluye:

- Servicios de ginecología y obstetricia prestados bajo dirección médica (CIUO grupo 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) a los pacientes internados de día, para atender la salud de un paciente. Incluye los servicios farmacéuticos, servicios de enfermería y laboratorio y servicios técnicos prestados a los pacientes internados de día que forman parte del conjunto de servicios.

Esta subcategoría incluye también los servicios de planificación familiar, incluidos los tratamientos médicos como la esterilización o la interrupción del embarazo, sin alojamiento (con admisión pero con una estancia inferior a las 24 horas).

Se incluyen los servicios preventivos que forman parte del conjunto de servicios.

- *02.3 Servicios de rehabilitación en atención de día*

Esta subcategoría incluye:

- Los servicios de rehabilitación bajo la dirección de un médico (CIUO grupo 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) a los pacientes internados de día, con el objetivo de restaurar o mantener la salud de un paciente.

Los productos de rehabilitación incluyen:

- Servicios físicos, psicológicos, logopedia y terapia ocupacional y de apoyo, que forman parte del conjunto de servicios.

Incluye los servicios farmacéuticos, servicios de enfermería y laboratorio y servicios técnicos a pacientes internados de día que forman parte del conjunto de servicios.

Se incluyen las actividades preventivas que forman parte del conjunto de servicios.

- *02.4 Servicios psiquiátricos de atención de día*

Esta subcategoría incluye:

- Los servicios psiquiátricos prestados bajo dirección de un médico (CIUO grupos 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) a pacientes de atención de día, con el objetivo de curar la salud de un paciente. Incluye los servicios farmacéuticos, servicios de enfermería y de laboratorio, así como los servicios técnicos a los pacientes internados de día que forman parte del conjunto de servicios.

Se incluyen los servicios preventivos que forman parte del conjunto de servicios.

- *02.5 Otros servicios en atención de día*

Esta subcategoría incluye:

- Todos los demás servicios de atención de día (servicios de radioterapia, quimioterapia, diálisis, etc.) a los pacientes internados de día que forman parte del conjunto de servicios.

Esta subcategoría excluye los servicios de pruebas de laboratorio de todo tipo de materiales y productos, excepto los servicios médicos y de ambulancia (04.4), los servicios médicos de laboratorio (04.5).

02.5.1 Servicios de radioterapia en atención de día

Esta subcategoría incluye los servicios de radioterapia en atención de día.

Esta categoría incluye estos servicios solo si se pueden identificar de forma separada.

02.5.2 Servicios de quimioterapia en atención de día

Esta subcategoría incluye servicios de quimioterapia en atención de día.

Esta categoría incluye estos servicios solo si se pueden identificar de forma separada.

02.5.3 Servicios de diálisis en atención de día

Esta subcategoría incluye los servicios de diálisis en hospitalizaciones de día (hemodiálisis, diálisis peritoneal, hemofiltración, hemodiafiltración o diálisis intestinal).

Esta subcategoría incluye los servicios de quimioterapia prestados en atención de día.

02.5.9 Otros servicios de atención de atención de día n.e.p.

Se incluyen todos los servicios prestados a pacientes en un entorno de atención de día, incluidos los que prestan los médicos (CIUO grupos 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) o bajo la supervisión de los médicos no clasificados en otra parte, siempre que formen parte del conjunto de servicios.

03 Servicios médicos y dentales (CCP/CPA 9312, 86.2)

Esta subcategoría de servicios médicos incluye:

- Los servicios médicos y especializados de diagnóstico y tratamiento (CIUO grupos 2211 Médicos generales, 2212 Médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) de enfermedades físicas o mentales o necesidades de salud, tales como:
 - Consultas, visitas, visitas domiciliarias, servicios telefónicos para ayudar al paciente o establecer un diagnóstico;
 - Una prescripción y un plan terapéutico;
 - Pruebas de diagnóstico y evaluación de la evolución clínica;
 - Prescripción de productos farmacéuticos y otros productos médicos, así como procedimientos médicos, como por ejemplo la cirugía;
 - Supervisión y evaluación de la evolución clínica, etc.

Se incluyen los servicios preventivos parte del conjunto de servicios compuestos prestados, lo que significa que no se pueden separar de otros servicios prestados al mismo tiempo.

Se excluyen los chequeos, en caso de que se puedan identificar de forma separada, cuando no forman parte del conjunto compuesto de servicios (véase 08.4).

Esta subcategoría incluye:

- Los servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades en los dientes o boca del paciente, o aberraciones en la cavidad bucal, y servicios para prevenir las enfermedades mentales, incluidos los servicios de ortodoncia y cirugía maxilar. Los

servicios de prevención se incluyen sólo si no se pueden identificar de forma separada en las cuentas y se prestan como parte del conjunto de servicios compuestos.

-

Los servicios dentales se pueden prestar en clínicas de salud, como las que existen en colegios, empresas, hogares de ancianos, etc., así como en las consultas.

Cubren servicios en el campo de odontología general, como los exámenes dentales, atención dental de prevención, tratamiento de la caries, etc., así como servicios en áreas odontológicas especializadas.

Estos servicios se incluyen cuando forman parte del conjunto de servicios compuestos. Se excluyen cuando el consumo de bienes y servicios auxiliares vinculados a estas subcategorías se prestan como consumo final ambulatorio. El consumo de productos farmacéuticos y aparatos terapéuticos es un componente esencial del proceso de salud, pero los registros de distribución al por menor son distintos a los de los servicios de salud. Lo cual quiere decir que estos bienes y servicios, en ese caso, no forman parte del conjunto compuesto.

Esta subcategoría incluye:

- Servicios médicos generales de diagnóstico y tratamiento de los médicos (CIUO grupos 2211 Médicos generales, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) de enfermedades físicas o mentales y necesidades de salud, tales como:
 - Consultas, visitas, visitas domiciliarias, servicios telefónicos para ayudar a un paciente y para establecer un diagnóstico;
 - Una prescripción y un plan terapéutico;
 - Pruebas de diagnóstico y evaluación de la evolución clínica;
 - Prescripción de productos farmacéuticos y otros productos médicos, así como procedimientos médicos, como la cirugía;
 - Supervisión y evaluación de la evolución clínica, etc.

Estos servicios no se limitan a enfermedades ni regiones anatómicas específicas o concretas. Se pueden prestar en consultas y también en clínicas ambulatorias, en el hogar, en empresas, colegios, etc., o por teléfono, internet u otros medios.

Se incluyen los servicios preventivos que forman parte del conjunto de servicios compuestos, lo cual supone que los servicios no se pueden separar de otros servicios prestados al mismo tiempo.

Se excluyen los chequeos cuando se pueden identificar de forma separada, es decir, no forman parte del conjunto de servicios compuestos (parte de 08.4).

El conjunto de servicios compuestos puede contener cualquiera de las actividades que se detallan a continuación, que también se pueden prestar de forma independiente.

03.1.1 Diagnóstico

El proceso que consiste en identificar o determinar la naturaleza o causa de una enfermedad, lesión mediante la evaluación del historial de un paciente, teniendo en cuenta los signos, síntomas o resultados de diferentes procedimientos

diagnósticos, como los datos de exámenes, laboratorio e imagenología.

03.1.2 Medicación y prescripción de medicamentos o renovación de la prescripción

Esta categoría incluye el uso de un medicamento o tratamiento. Las actividades de prevención se prestan que forman parte del conjunto de servicios.

03.1.3 Servicios de medicina física/rehabilitación, servicios de fisioterapia

El tratamiento y diagnóstico de una enfermedad o lesión por medios físicos, incluida la manipulación, masaje y ejercicio, con dispositivos mecánicos y la aplicación de calor, frío, electricidad, radiación y agua. Los productos de rehabilitación incluyen:

- Servicios físicos, psicológicos, logopedia y terapia ocupacional que forman parte del conjunto de servicios compuestos.

La prevención se incluye sólo si forma parte del conjunto de servicios compuestos que no se pueden identificar de forma separada.

03.1.4 Servicios de cirugía menor

Se limita al tratamiento de enfermedades o lesiones que requieran intervenciones operatorias sin anestesia o asistencia respiratoria.

03.1.5 Evaluación y análisis de pruebas e imágenes médicas

Esta subcategoría incluye:

- El análisis e interpretación de las imágenes médicas (radiografías, electrocardiogramas, endoscopias y servicios similares) y otros resultados de pruebas de laboratorio de médicos generales.

Se incluyen las actividades de prevención incluidas en el conjunto compuesto de servicios. Los servicios preventivos que se pueden identificar de forma separada se clasifican en el 08.4.

03.1.9 Todos los demás servicios de práctica médica general (ambulatorios)

Esta subcategoría incluye todos los servicios no mencionados anteriormente y excluye los servicios ingresados en el hospital (01); servicios de atención de día (02); servicios de laboratorios médicos (04.5).

• 03.2 Servicios médicos especialistas (CCP/CPA 93122, 86.22)

Esta categoría incluye:

- Los servicios médicos especialistas que se puedan prestar en consultorios de especialistas y también en ambulatorios, hogar, empresas, colegios etc., o por teléfono, internet u otros medios. Existen cuatro campos médicos especializados que se mencionan de forma separada: la medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía y pediatría. Los servicios especializados muchas veces se desglosan para incluir otros servicios, como por ejemplo cirugía (para incluir

neurocirugía), medicina interna (para incluir la alergología), pediatría (para incluir alergología pediátrica) y ginecología y obstetricia (para incluir la medicina de reproducción y genética), etc.

- Los servicios médicos especializados comprenden el diagnóstico y tratamiento realizados por un médico (CIUO grupos 2212 Profesionales médicos especialistas, así como el grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y alternativa) de enfermedades mentales y físicas y necesidades de salud, tales como:
 - Consultas, visitas, visitas domiciliarias, servicios telefónicos para ayudar a un paciente o para establecer un diagnóstico;
 - Una prescripción y plan terapéutico;
 - Pruebas de diagnóstico y evaluación de la evolución clínica;
 - Prescripción de productos farmacéuticos y otros productos médicos, así como procedimientos médicos, tales como la cirugía;
 - Supervisión y evaluación de la evolución clínica, etc.

Esta subcategoría incluye:

- Los servicios médicos especializados prestados a los pacientes ingresados en caso de que estos servicios se puedan identificar de forma separada y no formen parte del conjunto de servicios compuestos prestados.

El análisis e interpretación de las imágenes médicas (radiografías, electrocardiogramas, endoscopias y similares) y todas las demás pruebas de laboratorio de los especialistas médicos como parte del conjunto compuesto de servicios.

Se incluyen los servicios preventivos que forman parte del conjunto de servicios, lo que supone que no se pueden separar de otros servicios prestados al mismo tiempo.

Esta subcategoría excluye los servicios de internamiento en los pacientes ingresados (01); servicios de atención de día (02); servicios de laboratorio médico (04.5).

Se excluyen los chequeos en caso de que se puedan identificar de forma separada, es decir, no formen parte del conjunto compuesto de servicios (parte de 08.4).

Se excluyen los servicios de prácticas médicas especializadas que forman parte del conjunto de servicios a pacientes internados o de hospitalizaciones de día.

03.2.1 Medicina interna

Esta es la rama de la medicina relacionada con el diagnóstico y tratamiento (no quirúrgico, no ginecológico o pediátrico) de enfermedades de los órganos internos.

El conjunto de servicios puede contener cualquiera de las actividades mencionadas, que se pueden prestar como un producto simple.

Se excluyen los servicios de medicina interna que forman parte del conjunto de servicios de pacientes internados u hospitalizaciones de día.

03.2.1.1 Diagnóstico

El acto o proceso para identificar o determinar la naturaleza o causa de una

enfermedad o lesión en la práctica de medicina interna mediante la evaluación del historial de un paciente, teniendo en cuenta los signos, síntomas y resultados de varios procedimientos diagnósticos, así como los datos de los exámenes y pruebas de imagenología y laboratorio.

03.2.1.2 Medicación y prescripción de medicamentos o renovación de la prescripción

El uso de un medicamento o tratamiento en la práctica de la medicina interna. Se incluyen las actividades preventivas que forman parte del conjunto de servicios compuestos.

03.2.1.3 Servicios de medicina física/rehabilitación/servicios de fisioterapia

Tratamiento de una enfermedad o lesión en medicina interna por medios esencialmente físicos, incluida la manipulación, masaje y ejercicio, empleando dispositivos mecánicos, calor, frío, electricidad, radiación y agua.

Los productos de rehabilitación incluyen:

- Terapia física, psicológica, logopedia, terapia ocupacional y servicios de apoyo, que forman parte del conjunto de servicios compuestos.

La prevención se incluye solo si forma parte del conjunto de servicios compuestos y no se puede identificar de forma separada.

03.2.1.4 Servicios de cirugía menor

Se limita al tratamiento de enfermedades o lesiones de medicina interna mediante operaciones que no requieren anestesia ni asistencia respiratoria.

03.2.1.5 Evaluación y análisis de pruebas e imágenes médicas

Análisis e interpretación de las imágenes médicas (radiografías, electrocardiogramas, endoscopias y similares) y todas las demás pruebas de laboratorio de especialistas médicos en consultas de medicina interna.

03.2.1.9 Todos los demás servicios de medicina interna

Esta subcategoría incluye todos los servicios no mencionados anteriormente y excluye:

- Servicios a pacientes ingresados en un hospital (0.1), servicios de atención de día (0.2), servicios de laboratorios médicos (04.5).

03.2.2 Cirugía (excluida la cirugía en ginecología y obstetricia), excluida la cirugía menor en otros campos (ambulatorios).

Los servicios de cirugía incluyen el uso de técnicas instrumentales y manuales para investigar o tratar una patología como una enfermedad o lesión o para ayudar a mejorar la función corporal.

Los servicios quirúrgicos comprenden:

- Cirugía de elección: para corregir un estado que no pone en peligro la vida, que se realiza a petición del paciente, sujeto a disponibilidad del cirujano o establecimiento quirúrgico;

- Cirugía de emergencia: se debe realizar de forma rápida para salvar una vida, miembro o capacidad funcional;
- Cirugía exploratoria: realizada para ayudar o confirmar un diagnóstico;
- Cirugía terapéutica: para tratar un estado diagnosticado con anterioridad.

Se incluyen todos los tipos de cirugía con un objetivo principal de salud.

- Cirugía mínimamente invasiva con pequeñas incisiones externas para insertar instrumentos miniatura dentro de una cavidad o estructura corporal, como en la cirugía laparoscópica o angioplastia,
- Procedimientos quirúrgicos abiertos que requieren incisiones más grandes para acceder al área de interés.
- Cirugía de láser en la que se utiliza el láser para cortar el tejido.
- La microcirugía supone el uso de un microscopio para que el cirujano pueda ver las pequeñas estructuras.
- Cirugía robótica que utiliza el control remoto de unos instrumentos que maneja un cirujano.

Se excluyen los servicios de una práctica quirúrgica especializada que forman parte del conjunto de servicios prestados a los pacientes internados, o en los de hospitales de día.

03.2.2.1 Diagnóstico

El acto o proceso para identificar o determinar la naturaleza y causa de una enfermedad o lesión en una práctica de medicina quirúrgica mediante la evaluación del historial de un paciente, teniendo en cuenta los signos, síntomas y resultados de varios procedimientos diagnósticos, como los datos de los exámenes, laboratorio e imagenología.

03.2.2.2 Medicación/prescripción de medicamentos/renovación de la prescripción

Uso de un medicamento u otro tratamiento en la práctica de medicina quirúrgica. Se incluyen actividades de prevención que forman parte del conjunto de servicios compuestos.

03.2.2.3 Evaluación y análisis de pruebas e imágenes médicas

Análisis e interpretación de imágenes médicas (radiografías, electrocardiogramas, endoscopias y similares) y todos los resultados de las pruebas de laboratorio por especialistas médicos en la práctica de medicina quirúrgica.

03.2.2.9 Todos los demás servicios especializados de cirugía

Esta subcategoría incluye todos los servicios no mencionados anteriormente y excluye:

- Los servicios a los pacientes internados (0.1), servicios de atención de día (0.2), servicios de laboratorios médicos (04.5).

03.2.3 Ginecología y obstetricia

Esta es la especialidad que trata la salud de la mujer, incluido el sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios) y sus hijos durante el embarazo, parto o postnatal. La partería es el equivalente no quirúrgico.

El conjunto de servicios compuestos puede contener las actividades mencionadas a continuación, pero cualquiera de ellas se puede prestar de forma individual.

Se excluyen los servicios de ginecología y obstetricia especializados que forman parte del conjunto de servicios a los pacientes internados u hospitalizaciones de día.

03.2.3.1 Diagnóstico

El acto o proceso para identificar o determinar la naturaleza o causa de una enfermedad o lesión en medicina ginecológica y obstetricia mediante la evaluación del historial del paciente, teniendo en cuenta los signos, síntomas y resultados de varios procedimientos diagnósticos, como los datos de los exámenes, pruebas de laboratorio e imagenología.

03.2.3.2 Medicación/prescripción de medicación/renovación de prescripción

Uso de un medicamento u otro tratamiento en la práctica de medicina quirúrgica. Se incluyen actividades de prevención que forman parte del conjunto de servicios compuestos

03.2.3.3 Medicina física/servicios de rehabilitación/servicios de fisioterapia

Tratamiento de un diagnóstico, enfermedad o lesión en ginecología y obstetricia por medios esencialmente físicos, incluida la manipulación, masaje y ejercicio, empleando dispositivos mecánicos, o calor, frío, electricidad, radiación y agua

Los productos de rehabilitación incluyen:

- Terapia física, habla y ocupacional y servicios de apoyo que forman parte del conjunto de servicios compuestos.

La prevención se incluye solo si forma parte del conjunto de servicios compuestos y no se puede identificar de forma separada.

03.2.3.4 Servicios quirúrgicos relacionados con ginecología y obstetricia

Los servicios quirúrgicos comprenden el uso de técnicas instrumentales y manuales de operación a pacientes de obstetricia para investigar o tratar un estado, enfermedad o lesión para mejorar la función corporal.

03.2.3.5 Evaluación y análisis de pruebas e imágenes médicas

Análisis e interpretación de imágenes médicas (radiografías, electrocardiogramas, endoscopias y similares) y todos los resultados de las pruebas de laboratorio por especialistas médicos en la práctica de ginecología y obstetricia.

03.2.3.9 Todos los demás servicios de ginecología y obstetricia (ambulatorios)

Esta subcategoría incluye todos los servicios no mencionados anteriormente y excluye:

- Servicios a los pacientes internados, servicios de atención de día, servicios de laboratorios médicos (04.5).

03.2.4 *Pediatría*

Esta especialidad se ocupa del tratamiento de enfermedades y lesiones en los niños.

El conjunto de servicios puede contener cualquiera de las actividades mencionadas más abajo, cualquiera de las cuales se pueden prestar de forma independiente.

Se excluyen los servicios de pediatría especializada que forman parte del conjunto de servicios a pacientes internados o en hospitales de día.

03.2.4.1 *Diagnóstico*

El acto o proceso de identificación o determinación de la naturaleza o causa de una enfermedad o lesión en medicina pediátrica mediante la evaluación del historial del paciente, teniendo en cuenta los signos, síntomas o resultados de varios procedimientos diagnósticos, como los datos de exámenes, laboratorio e imagenología.

03.2.4.2 *Medicación/prescripción de medicación/renovación de prescripción*

Uso de un medicamento u otro tratamiento en la práctica de medicina pediátrica. Se incluyen actividades de prevención que forman parte del conjunto de servicios compuestos.

03.2.4.3 *Medicina física/servicios de rehabilitación/servicios de fisioterapia*

Tratamiento de un diagnóstico, enfermedad o lesión en medicina pediátrica por medios esencialmente físicos, incluida la manipulación, masaje y ejercicio, empleando dispositivos mecánicos, o calor, frío, electricidad, radiación y agua

Los productos de rehabilitación incluyen:

- Terapia física, logopedia y terapia ocupacional y servicios de apoyo que forman parte del conjunto de servicios compuestos.
- La prevención se incluye solo si forma parte del conjunto de servicios compuestos y no se puede identificar de forma separada.

03.2.4.4 *Servicios de cirugía menor*

Se limita al tratamiento de enfermedades o lesiones de medicina pediátrica mediante operaciones que no requieren anestesia ni asistencia respiratoria.

03.2.4.5 *Evaluación y análisis de las pruebas*

Análisis e interpretación de imágenes médicas (radiografías, electrocardiogramas, endoscopías y similares) y todos los resultados de las pruebas de laboratorio por especialistas médicos en la práctica de pediatría.

03.2.4.9 Todos los demás servicios pediátricos

Esta subcategoría incluye todos los servicios no mencionados anteriormente y excluye:

- Otros servicios de internamiento (0.1), otros servicios de atención de día (0.2), servicios de laboratorios médicos (04.5).

03.2.5 Todas las demás especialidades

Esta subcategoría incluye todos los servicios no mencionados más arriba.

El conjunto de servicios compuestos puede contener cualquiera de las actividades mencionadas a continuación, pero cualquiera de ellas se puede prestar de forma independiente.

Se excluyen los servicios de otras especialidades médicas parte del conjunto de servicios a los pacientes internados u hospitalizaciones de día

03.2.5.1 Diagnóstico

El acto o proceso para identificar o determinar la naturaleza o causa de una enfermedad o lesión en medicina especializada mediante la evaluación del historial del paciente, teniendo en cuenta los signos, síntomas y resultados de varios procedimientos diagnósticos, como los datos de exámenes, laboratorio e imagenología

03.2.5.2 Medicación/prescripción de medicación/renovación de prescripción

Uso de un medicamento u otro tratamiento en la práctica de todas las demás especialidades. Se incluyen actividades de prevención que forman parte del conjunto de servicios compuestos.

03.2.5.3 Medicina física/servicios de rehabilitación/servicios de fisioterapia

Tratamiento de un diagnóstico, enfermedad o lesión en medicina especializada por medios esencialmente físicos, incluida la manipulación, masaje y ejercicio, empleando dispositivos mecánicos, o calor, frío, electricidad, radiación y agua

Los productos de rehabilitación incluyen:

Terapia física, logopedia y terapia ocupacional y servicios de apoyo que forman parte del conjunto compuesto de servicios.

La prevención se incluye sólo si forma parte del conjunto de servicios compuestos y no se puede identificar de forma separada.

03.2.5.4 Servicios de cirugía menor

Se limita al tratamiento de estados, enfermedades o lesiones de medicina especializada mediante operaciones que no requieren anestesia ni asistencia respiratoria

03.2.5.5 Evaluación y análisis de las pruebas

Análisis e interpretación de imágenes médicas (radiografías, electrocardiogramas,

endoscopias y similares) y todos los resultados de las pruebas de laboratorio por especialistas médicos en la práctica de medicina especializada.

03.2.5.9 Todos los demás servicios de otras especialidades médicas

Esta subcategoría incluye todos los servicios no mencionados anteriormente y excluye:

- Otros servicios de hospital (0.1), otros servicios de atención de día (0.2), servicios de laboratorios médicos (04.5).

- 03.3 Servicios de práctica odontológica (CCP/CPA 93123, 86.23)

Esta subcategoría incluye:

- Servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades que afectan la dentadura y boca de los pacientes o aberraciones en la cavidad bucal, y servicios para tratar las enfermedades dentales y las necesidades dentales, incluidos los servicios de ortodoncia y cirugía maxilar.

Los servicios odontológicos se pueden prestar en clínicas de salud, como las que hay en los colegios, empresas, casas de ancianos, etc., así como en las consultas.

Los servicios odontológicos comprenden el diagnóstico y tratamiento por un odontólogo (general y especialista), en:

- Consultas, visitas, visitas domiciliarias, servicios telefónicos de ayuda al paciente y para establecer un diagnóstico;
- Una prescripción y un plan terapéutico;
- Pruebas diagnósticas y evaluación de la evolución clínica;
- Prescripción de productos farmacéuticos y otros productos médicos, así como procedimientos médicos tipo cirugía;
- Supervisión y evaluación de la evolución clínica, etc.

Cubren servicios en el campo de la odontología general, con exámenes dentales de rutina, tratamiento de la caries, etc., así como servicios en las áreas dentales especializadas.

Incluye servicios preventivos que forman parte del conjunto de servicios, lo que supone que los mismos no se pueden separar de otros prestados al mismo tiempo.

Se excluyen los servicios dentales que forman parte del conjunto de servicios a los pacientes internados y en hospitales de día.

03.3.1 Servicios de ortodoncia (CPA 86.23.11)

Esta subcategoría incluye:

- Servicios de ortodoncia, por ejemplo, tratamiento de los dientes salientes, mordida cruzada, sobre mordida, etc., incluida la cirugía odontológica; servicios en el campo de la cirugía bucal; otros servicios odontológicos especializados, por ejemplo, en el campo de la periodoncia, pedodoncia, endodoncia y reconstrucción.

Esta subcategoría incluye:

- Servicios preventivos incluidos en el conjunto de servicios compuestos, lo que

supone que no se pueden separar de otros servicios prestados al mismo tiempo.

Se excluyen los servicios de ortodoncia dental que forman parte del conjunto de servicios a pacientes internados o en hospitalizaciones de día.

03.3.9 Otros servicios de práctica odontológica (CPA 86.23.19)

Esta subcategoría incluye:

- Servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades que afectan al paciente o aberraciones en la cavidad bucal y servicios para tratar enfermedades dentales.

Estos servicios dentales se pueden prestar en clínicas de salud, como las que hay en colegios, empresas, hogares de ancianos, etc., así como en las consultas.

Esta subcategoría incluye:

- Servicios dentales especializados incluida la cirugía dental a pacientes internados siempre que estos servicios se puedan identificar de forma separada y no formen parte del conjunto de servicios prestados.

Cubren servicios en el campo de la odontología general, como los exámenes dentales periódicos, tratamiento de la caries, etc. La atención preventiva dental se incluye solo cuando forma parte del conjunto de servicios compuestos, lo que supone que estos servicios no se pueden separar de los demás servicios prestados al mismo tiempo.

04 Otros servicios médicos (CCP/CPA 9319, 86.9)

Esta subcategoría incluye:

- Servicios prestados por personas capacitadas, que no sean médicos, en el campo de los servicios de partería, enfermería, fisioterapia, servicios de ambulancia y servicios médicos de laboratorio que forman parte del conjunto de servicios compuestos.

Esta subcategoría excluye todos los servicios prestados a los pacientes internados y hospitalizaciones de día que forman parte del conjunto de servicios, es decir, el conjunto de servicios consumidos.

04.1 Servicios de partería (CCP/CPA 93191, 86.90.11)

Esta subcategoría incluye:

- Servicios prestados por personas autorizadas, que no sean médicos:
 - Supervisión y prestación de servicios durante el embarazo y nacimiento; supervisión de la madre después del nacimiento; planificación familiar con tratamiento médico.

Esta subcategoría incluye los servicios de partería prestados a los pacientes internados y hospitalizados de día, que no forman parte del conjunto de servicios de internamiento.

Esta subcategoría excluye hospitalizaciones de día si no forman parte del conjunto de servicios prestados por un especialista médico. Sin embargo, si la partera participa en un parto en un hospital, estos servicios se incluyen en esta subcategoría.

04.2 Servicios de enfermería (CCP/CPA 93192,86.90.12)

Esta subcategoría incluye:

- Servicios prestados por personas capacitadas que no sean médicos:
 - Servicios en el campo de la atención de enfermería (sin admisión), asesoramiento y prevención para pacientes en el hogar, provisión de atención maternal, higiene infantil, etc.

Esta subcategoría excluye los servicios de residencias asistidas (05). Esta subcategoría excluye todos los servicios prestados a un paciente hospitalizado o hospitalizado de día que forman parte del conjunto de servicios mencionados en personas internadas y en atención de día.

• 04.3 Servicios de fisioterapia (CCP/CPA 93193, 86.90.13)

Esta subcategoría incluye:

- Servicios prestados por personas capacitadas, que no sean médicos:
 - Servicios en el campo de la fisioterapia, ergoterapia, etc.

Se excluyen los servicios a los pacientes internados y en atención de día que forman parte del conjunto de servicios.

• 04.4 Servicios de transporte de pacientes, como los de ambulancia entre otros (CCP/CPA 93194, 86.90.14)

Esta subcategoría incluye:

- Transporte de pacientes a los establecimientos de salud o un traslado entre establecimientos para complementar un conjunto de servicios, por ejemplo, el transporte de emergencia al establecimiento de salud y entre establecimientos de salud para complementar el diagnóstico mediante imagenología o el tratamiento de rehabilitación. El transporte se puede prestar en un vehículo especialmente equipado o en una ambulancia aérea o acuática (con o sin equipo de reanimación o personal médico) a y desde el establecimiento de salud para recibir atención médica y quirúrgica.

Incluye también el transporte en vehículos convencionales, como el taxi, cuando existe una transacción o un gasto general, por ejemplo, en el caso de un diagnóstico entre hospitales mediante procesos de imagenología.

Se excluyen los servicios de transporte prestados a los pacientes internados y en atención de día que forman parte del conjunto de servicios.

• 04.5 Servicios médicos de laboratorio (CCP/CPA 93195, 86.90.15)

Esta comprende una variedad de pruebas de especímenes clínicos para obtener información sobre la salud de un paciente. Las pruebas de laboratorio forman parte íntegra del examen de un paciente y una guía para el diagnóstico y tratamiento. Esta categoría comprende todas las pruebas que se le han prescrito que no forman parte del conjunto de servicios (internados y en atención de día) o de un servicio compuesto ambulatorio. El diagnóstico de laboratorio incluye áreas de patología anatómica (histopatología, citopatología); microbiología clínica (bacteriología, virología, parasitología, inmunología y micología); bioquímica clínica

(enzimología, toxicología y endocrinología); hematología (coagulación y banco de sangre); citología (bancos de semen y órganos); y genética (citogenética).

También se incluyen las pruebas clínicas de órganos específicos que requieren tecnología adicional para medir la actividad, que están vinculados a la mayoría de las especialidades médicas: cardiovascular: por ejemplo, diagnóstico electrocardiográfico; alergia: por ejemplo, pruebas de alergia, pruebas de sensibilidad alimentaria; audiológica, etc. Otros servicios diagnósticos incluyen pruebas como el diagnóstico electrocardiográfico y pruebas de esfuerzo.

Se excluyen los servicios de laboratorio que forman parte del conjunto de servicios durante la estancia en el hospital, o tratamiento en atención de día, así como todos los servicios de laboratorio que formen parte del conjunto de servicios ambulatorios.

También se excluyen los servicios de interpretación y evaluación de los resultados de las pruebas de laboratorio (0.1, 0.2 y 0.3).

04.5.1 Pruebas de sensibilidad

Una prueba de sensibilidad es un procedimiento que determina la respuesta de un sujeto a un determinado estímulo externo. Cada prueba se realiza de forma diferente y puede servir tanto para que tanto el sujeto como los que realizan la prueba puedan entender mejor determinados patrones de conducta, o síntomas y cómo tratarlos.

04.5.2 Pruebas microbiológicas/inmunológicas

Técnicas de laboratorio que utilizan microorganismos y la interacción de antígenos con anticuerpos específicos.

04.5.3 Pruebas de sangre, orina y heces

Diagnósticos de laboratorio mediante el examen microscópico y químico de muestras de sangre, orina y heces.

04.5.4 Citología histológica/exfoliativa

Estudio de los cambios causados por el enfermedad dentro de las células.

04.5.5 Otras pruebas de laboratorio NEC

Esta subcategoría incluye todas las pruebas de laboratorio no mencionadas anteriormente.

04.5.6 Pruebas de función física

El examen de la función física consiste en ejercicios diseñados para medir aspectos particulares de fuerza musculo esquelética y flexibilidad de forma estandarizada.

04.5.7 Endoscopia diagnóstica

Examen del interior de un canal u órgano hueco mediante endoscopio para realizar un diagnóstico. El endoscopio tiene normalmente una cámara de fibra

óptica, que permite ver imágenes en una pantalla. Muchos endoscopios también permiten tomar pequeñas muestras (biopsia) de la zona que se está examinando, para poder analizar el tejido al microscopio.

04.5.9 Otros servicios médicos de laboratorio n.e.p.

Esta subcategoría incluye todos los servicios médicos de laboratorio no clasificados en otra parte.

- 04.6 Servicios diagnósticos de imagenología sin interpretación (CCP/CPA 93196, 86.90.17)

Esta subcategoría incluye:

- Una variedad de servicios aplicando tecnología de imagenología como radiografías y radiación para diagnosticar a los pacientes. Incluye técnicas de imagenología para diagnosticar y tratar enfermedades, como radiografías de huesos, imágenes de tejidos blandos, radiografías de contraste o foto imagen, diagnóstico por ultrasonidos, tomografía computarizada (TC), Tomografía Asistida por Ordenador, Medicina Nuclear, Imagenología Magnética Nuclear; escaneado nuclear, Tomografía de Emisión de Positrones (PET), resonancia magnética (MRI) y otros pruebas diagnósticas por imágenes (arteriografía con material de contraste, angiocardiógrafa, flebografía, termografía, estudios de densidad mineral ósea).

Se excluyen todos los servicios de imagenología que forman parte del conjunto de servicios durante un ingreso en un hospital o tratamiento en atención de día así como los servicios de imagenología que forman parte del conjunto de servicios ambulatorios.

Se excluyen también los servicios de interpretación y evaluación de las imágenes (0.1, 0.2 y 0.3).

04.6.1 Radiología/imagenología diagnóstica (CCP/CPA revisada: 86. 90.17)

Estudios especializados mediante la aplicación de tecnología por imágenes como radiografías para diagnosticar y supervisar estados, enfermedades o lesiones.

- 04.7 Servicios de bancos de órganos para el trasplante, sangre y esperma (CCP/CPA 93197, 86.90.16)

Esta subcategoría incluye:

- Servicios de los bancos de sangre, semen, embriones, tejidos y órganos para el trasplante, incluido el almacenamiento y catalogación de los especímenes disponibles, emparejando los especímenes donados con los posibles receptores, etc.

En la mayoría de los casos, estos servicios no se prestan directamente a los pacientes como consumo final, sino que se utilizan en un procedimiento médico, que forman parte de un consumo intermedio.

- 04.9 Otros servicios médicos n.e.p. (CCP/CPA 93199, 86.90.19)

Esta subcategoría incluye:

- Otros servicios paramédicos de salud n.e.p., como la terapia ocupacional (CIUO 2263 profesionales de la salud ocupacional), terapia del habla (CIUO 2266

terapeutas de audiología y habla) y servicios de MTCA (medicina tradicional, complementaria y alternativa), como la acupuntura, aromaterapia, homeopatía, terapia de la nutrición, servicios de asistencia tradicional al parto, curanderos tradicionales (véase descripción de CIUO grupo 2230 Profesionales de la medicina tradicional y complementaria).

Estos servicios los prestan personas capacitadas que no son médicos.

Esta subcategoría excluye servicios como la fisioterapia y la ergoterapia (04.3). También excluye estos servicios cuando forman parte del conjunto de servicios prestados a los pacientes internados y en atención de día así como los servicios que forman parte de un conjunto de servicios ambulatorios.

05 Servicios de atención residencial (CCP/CPA 932, 87)

Esta categoría incluye:

- Los servicios prestados en residencias asistidas, residencias de ancianos y para personas con discapacidades, servicios prestados para los retrasados mentales y adictos y otros servicios de atención residencial, con respecto a los componentes médicos, enfermería, auxiliares y AVD.

En principio, sólo las actividades relacionadas con la atención de enfermería, auxiliares y AVD se registran como parte del conjunto de salud.

Se excluyen los servicios de enfermería (04.2) prestados por enfermeras capacitadas.

- *05.1 Servicios de residencias asistidas (CCP/CPA 9321, 87.1)*

Esta subcategoría incluye:

- Alojamiento y servicios médicos, de enfermería, auxiliares y AVD sin la supervisión de un médico en establecimientos, por ejemplo residencias asistidas, residencias de ancianos con atención de enfermería, clínicas de convalecencia y casas de reposo con atención de enfermería.

En principio, solo las actividades relacionadas con los servicios de enfermería, auxiliares y AVD se registran como parte del conjunto de salud.

Se excluyen los servicios de enfermería (04.2) prestados por personal independiente capacitado de enfermería.

- *05.9 Otros servicios de atención residencial (CCP/CPA 9330, 87.90)*

Esta categoría incluye:

- Otros servicios de trabajo social con alojamiento, hogares para personas con problemas personales y sociales; otros servicios de rehabilitación social, siempre que los servicios médicos, de enfermería, auxiliares y AVD se puedan separar del conjunto de servicios.

En principio sólo las actividades relacionadas con los servicios de enfermería, auxiliares y AVD se registran como parte del conjunto de servicios de salud.

Se excluyen los servicios de enfermería (04.2) prestados por personal independiente de enfermería.

06 Servicios de enfermería sin alojamiento (CCP/CPA 934, 88)

Esta categoría incluye:

- Todos los servicios de enfermería, auxiliares y AVD prestados por personas capacitadas y no capacitadas a los niños y adultos con una gran dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se incluyen los servicios prestados por los voluntarios (por sus servicios remunerados).

En principio sólo las actividades de enfermería, servicios auxiliares y AVD forman parte del conjunto de salud.

Se excluyen los servicios de enfermería (04.2) prestados por profesionales de enfermería independientes.

- *06.1 Servicios de enfermería sin alojamiento para personas mayores y con discapacidades (CPA 88.1)*

Todos los servicios de enfermería, auxiliares y AVD prestados por personas capacitadas y no capacitadas a los niños y adultos con una gran dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), pero sin supervisión de un médico en los establecimientos durante parte del día. Se incluyen los servicios de enfermería prestados en el hogar del paciente.

En principio sólo las actividades relacionadas con los servicios de enfermería, servicios auxiliares y AVD se registran como parte del conjunto de servicios de salud.

Se excluyen los servicios de enfermería (04.2) prestados por profesionales de enfermería independientes.

- *06.9 Otros servicios de enfermería sin alojamiento (CCP/CPA 935, 88.9)*

Esta subcategoría incluye todos los servicios no mencionados anteriormente.

07 Servicios de comercio al por menor de productos médicos (CCP/CPA división 62, 47)

Esta partida comprende los productos médicos dispensados en ambulatorios, y los servicios necesarios para dispensar los productos, como el comercio al por menor, instalación, mantenimiento y alquiler de productos y aparatos médicos. Se incluyen los servicios de farmacias públicas, ópticas y otros comercios al por menor especializados y no especializados, incluida la venta por correo. Este grupo cubre medicamentos, prótesis, aparatos y equipos médicos y otros productos relacionados con la salud que se entregan con o sin receta, normalmente en las farmacias o proveedores de equipos médicos para el consumo o uso por una persona u hogar fuera de la institución o establecimiento de salud. Se incluye el servicio de información y educación que forma parte de la prestación de un solo producto.

- *07.1 Servicios de comercio al por menor de productos farmacéuticos y médicos perecederos (CCP/CPA 62273, 47.00.74)*

Esta partida comprende productos farmacéuticos como los preparados medicinales, los medicamentos de marca o genéricos, medicamentos, medicinas

con patente, sueros y vacunas, vitaminas y minerales y anticonceptivos orales. Esta partida también comprende una amplia gama de productos médicos perecederos como vendas, calcetines elásticos, artículos para la incontinencia, preservativos y otros anticonceptivos mecánicos.

Se incluye el servicio de información y educación que forman parte de la prestación de un solo producto.

07.1.1 Medicamentos, de uso terapéutico o profiláctico

Los medicamentos son cualquier sustancia química utilizada para el diagnóstico médico, cura, tratamiento o prevención de una enfermedad. El nivel de detalle de esta categoría de medicamentos para uso terapéutico o profiláctico corresponde a las distinciones utilizadas en la Clasificación Terapéutica Anatómica.

07.1.1.1 Medicamentos para el tracto alimentario y metabolismo

07.1.1.2 Medicamentos para la sangre y órganos que forman la sangre

07.1.1.3 Medicamentos para el sistema cardiovascular

07.1.1.4 Dermatológicos

07.1.1.5 Medicamentos para el sistema genitourinario y hormonas sexuales

07.1.1.6 Preparados hormonales sistémicos, excluidas las hormonas sexuales e insulinas

07.1.1.7 Anti-infecciosos para uso sistémico

07.1.1.8 Agentes antineoplásicos e inmunomodulantes

07.1.1.9 Medicamentos para el sistema musculoesquelético

07.1.1.10 Medicamentos para el sistema nervioso

07.1.1.11 Productos antiparásitos, insecticidas y repelentes

07.1.1.12 Medicamentos para el sistema respiratorio

07.1.1.13 Medicamentos para los órganos de los sentidos

07.1.1.14 Otros medicamentos varios

07.1.2 Otros productos farmacéuticos

07.1.2.1 Sueros y vacunas

07.1.2.2 Vitaminas y minerales

07.1.2.3 Aceite de hígado de bacalao e hígado de fletán

07.1.2.4 Anticonceptivos orales

07.1.2.9 Todos los demás productos farmacéuticos

07.1.3 Otros artículos para fines médicos

07.1.3.1 Apósitos para heridas (excluidas las vendas)

07.1.3.1.1 Apósitos clásicos para heridas

07.1.3.1.1.1 Apósitos secos para heridas

07.1.3.1.1.2 Apósitos para heridas que mantienen la humedad

07.1.3.1.2 Apósitos bioactivos y sustitutos de la piel

07.1.3.2 Otros productos médicos perecederos

07.1.3.2.1 Vendas adhesivas y no adhesivas

07.1.3.2.2 Jeringuillas hipodérmicas, kit de primeros auxilios y bolsas de hielo (desechables)

07.1.3.2.3 Artículos de calcetería médica como medias elásticas y rodilleras

07.1.3.2.4 Pruebas de embarazo

07.1.3.2.5 Preservativos y otros anticonceptivos mecánicos

07.1.9 Todos los demás servicios de comercio al por menor de productos farmacéuticos y médicos perecederos

- 07.2 Servicios de comercio al por menor de productos médicos no perecederos y ortopédicos (CCP/CPA 62274, 7.00.75)

Esta partida comprende una amplia gama de productos médicos no perecederos como audífonos y otros dispositivos médicos.

Se incluye el servicio de información y educación que forman parte de la prestación de un producto único.

07.2.1 Productos médicos no perecederos para uso en el hogar (como termómetros clínicos, botellas de agua caliente y bolsas de hielo (reutilizables))

07.2.2 Audífonos

07.2.3 Extremidades artificiales y otras prótesis

07.2.4 Soportes ortopédicos, cinturones quirúrgicos, vendajes para hernias, collarines

*07.2.5 Calzado ortopédico**07.2.6 Sillas con ruedas y carros para inválidos, muletas, dispositivos electrónicos y de otro tipo para controlar la presión sanguínea, etc.*

Se incluyen en esta partida los bastones para caminar (para los ciegos), pelucas, etc.

*07.2.7 Reparación de dichos artículos**07.2.9 Todos los demás servicios de comercio al por menor de productos médicos no perecederos y ortopédicos y su reparación*

- *07.3 Servicios de comercio al por menor de bienes y servicios ópticos para ópticas*

Esta partida comprende una amplia gama de productos médicos no perecederos como gafas, monturas, lentes, líquidos y la colocación y servicios relacionados con la venta de estos artículos.

Se incluye el servicio de información y educación que forman parte de la prestación de un producto único.

- *07.3.1 Gafas, lentes correctoras y lentes de contacto y artículos análogos para corregir, proteger o de otro tipo; líquidos de lentillas; monturas de gafas y artículos análogos; prismáticos, monóculos.*

- *07.3.2 Reparación de dichos artículos*

- *07.4 Servicios de pedidos de productos médicos por correo o internet (CCP 623)*

*07.9 Todos los demás servicios de comercio al por menor de productos médicos y su reparación***08 Servicios preventivos**

La prevención es cualquier servicio que reduce la carga de mortalidad o morbilidad de una enfermedad. Se produce en el nivel de prevención primario, secundario y terciario.

- La prevención primaria prevé la aparición y disminuye la gravedad de las enfermedades. La mayor parte de las actividades de promoción de la salud son medidas de prevención primaria, como por ejemplo las vacunas.
- Las actividades de prevención secundaria se realizan para detectar una enfermedad, aumentando las oportunidades de intervenciones menos costosas e invasivas para evitar el avance de la enfermedad y aparición de los síntomas, por ejemplo, cribado para la tuberculosis, diabetes, cáncer de mama, etc.
- La prevención terciaria reduce el impacto negativo de una enfermedad ya establecida restaurando la función y reduciendo las complicaciones relacionadas con la enfermedad.

En el SHA, la prevención se limita a la prevención primaria y secundaria, es decir, para evitar el contacto con factores de riesgo que producen la enfermedad y reducir la aparición de la misma y detectar la enfermedad en sus primeras fases.

Aunque la mayoría de los servicios de prevención primarios y secundarios

se ofrecen como parte de los servicios de salud en los servicios curativos y de rehabilitación, en algunos casos tienen un conjunto de recursos específicos, como por ejemplo en las campañas de vacunación y de cribado, en las que se pueden prestar servicios de salud fuera de los establecimientos de salud. Estos servicios también los prestan equipos especiales o profesionales de salud no conectados a un hospital, clínica o médico, sino a laboratorios de salud pública, que son investigadores, expertos en toxicología, y trabajadores de la salud.

Cualquier servicio preventivo prestado como parte del conjunto de servicios a pacientes internados y hospitalizados de día así como parte de los servicios compuestos que no forman parte de estas (sub)categorías.

- *08.1 Programas de información y asesoramiento*

Las estrategias de información, educación y comunicación (IEC) combinan estrategias, enfoques y métodos que permiten a las personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades desempeñar un papel activo para conseguir, proteger y sostener su propia salud. Integrado en las IEC está el proceso de aprendizaje que permite a las personas tomar decisiones, modificar conductas y cambiar las condiciones sociales, con mejores conocimientos, creencias, actitudes, uso e interacción con el sistema de salud.

Incluye productos en varios formatos:

- Documentos impresos, internet y otros formatos electrónicos;
- Medios de comunicación;
- Interacción personal.

El contenido de los medios de comunicación de masas puede incluir películas, radio, teatro, anuncios y programas de TV, folletos, posters, documentos de todos los tamaños, publicidad en los medios de comunicación, interacción entre personas y actividades de difusión a todos los niveles de detalle.

El contenido pretende informar a las personas sobre problemas específicos de salud, los factores condicionantes y riesgos concretos. Pueden informar de estrategias para evitar riesgos, medidas de autoprotección, cumplimiento de la medicación, directrices de autogestión de enfermedades, educación pre-operatoria, pruebas que se aplican a la persona para supervisar una enfermedad, aconsejando como mantenerse bien si los resultados son negativos y derivándolos a consultas si son positivos.

- *08.2 Programas de inmunización*

Intentan prevenir el avance de una enfermedad, antes o después de una exposición, mediante el uso de productos farmacéuticos, como por ejemplo las vacunas.

Se realizan bien como consecuencia de un programa de control o porque lo solicite una persona. A efectos contables, se recomienda que esta categoría se desagregue en:

- Inmunización a través de campañas de vacunación (intra- o extramural);
- Inmunización solicitada por personas.

La vacunación puede estar relacionada con conjuntos de servicios predeterminados a grupos específicos de población (niños, mujeres embarazadas, personas con riesgos inminentes, etc.).

Vacunas más frecuentes:

- Difteria, sarampión, paperas, tosferina, rubeola, tétano, varicela, polio;
- Hepatitis, herpes zoster, HPV, gripe, infección por meningococos, infección por neumococos, rabia y fiebre amarilla.

- *08.3 Programas de detección temprana de la enfermedad*

Esta partida consiste en la investigación activa de una enfermedad antes de que aparezcan los síntomas, dentro de determinados grupos de riesgo. Están dirigidas a enfermedades específicas, como el cáncer de mama, cáncer cervical, cáncer de colon, diabetes, VIH/SIDA, malaria, tuberculosis, cáncer de próstata y similares.

Se realizan bien como consecuencia de o por demanda de una persona. A efectos contables, se recomienda que esta categoría se desagregue en:

- Campañas de detección temprana de una enfermedad (intra- o extramural);
- Detección temprana de una enfermedad a iniciativa del consumidor.

Puede incluir uno o más de los servicios que se detallan a continuación (que no forman parte del conjunto de servicios prestados a los pacientes internados o en atención de día, o parte del conjunto de servicios compuestos prestados a los pacientes ambulatorios):

- Exámenes médicos;
- Diagnósticos por pruebas de laboratorio e imagenología;
- Endoscopias y otros procedimientos.

- *08.4 Programas de supervisión del estado de salud*

Esta partida se refiere a la supervisión del estado de salud, sin centrarse en enfermedades específicas. Pueden emplearse por ejemplo en estados específicos como el embarazo (atención antenatal y posnatal), en grupos de edad como los niños (por ejemplo, crecimiento y desarrollo infantil) o grupos de edad y dominios específicos de salud, como chequeos médicos generales.

1. Chequeos generales;
2. Intervenciones esenciales de prevención para grupos sanos de población, por ejemplo, distribución de métodos anticonceptivos, anticonceptivos de emergencia, prevención y control de la anemia en la maternidad y edad infantil: suplementos de hierro y ácido fólico;
3. Supervisión del crecimiento y desarrollo, por ejemplo, progreso del embarazo y evaluación del estado del feto y la madre, incluido el estado nutritivo; control del crecimiento del niño; atención después del embarazo y planificación familiar;
4. Apoyo de atención de programada y visitas de seguimiento;
5. Reconocimiento de problemas, enfermedades y búsqueda de atenciones para las personas mayores por ejemplo.

Incluye la detección temprana y gestión de los estados de salud de las

personas mayores; identificación temprana y tratamiento de los problemas de los recién nacidos, por complicaciones durante el embarazo (por ejemplo, anemia, alteraciones de hipertensión, hemorragias, embarazo múltiple).

- *08.5 Programas de vigilancia epidemiológica y control de la enfermedad y el riesgo*

Esta partida incluye el esfuerzo técnico para gestionar los conocimientos y recursos con un enfoque preventivo y de control. Se puede desarrollar a través de programas globales, regionales o nacionales basadas en protocolos.

Incluye:

- Documentos de control de programas y planificación, supervisión y evaluación de las intervenciones;
- Sistemas de información epidemiológicos y salud y gestión para seguimiento de los casos, registros y respuestas del sistema de salud;
- Intervenciones operativas para mejorar el programa: supervisión, formación e investigación operativa;
- Informes y sistemas de vigilancia y análisis de las enfermedades contagiosas y no contagiosas, heridas y exposición a agentes ambientales dañinos para la salud;
- Registros para medir los estados de salud determinados y enfermedades importantes para la comunidad, tales como la tuberculosis.

- *08.6 Programas de respuestas de los sistemas de salud en casos de desastres y emergencia*

Incluye la preparación de una respuesta adecuada en caso de emergencias humanitarias tanto de origen natural como humano. El objetivo es proteger la salud y reducir la mortalidad y morbilidad debido a peligros para la salud, sobre todo, en el campo de la epidemiología y la formación para cumplir normas técnicas.

Incluye:

- Documentos con instrucciones y directrices;
- Formación y ejercicios para establecer estrategias;
- Generar y gestionar la información durante los períodos de emergencia para identificar la naturaleza y los efectos de la salud así como la magnitud y localización de los daños para la salud;
- Estrategias para ampliar los recursos en un breve período de tiempo;
- Elaboración y ajuste de estrategias sobre operaciones y desvío de pacientes, como la reorganización del triaje y cobertura basada en la naturaleza de la emergencia.

Esta partida se puede ajustar a las necesidades específicas del país, ya que los riesgos para la salud pueden ser diferentes en diferentes zonas. Sin embargo, en todos los casos, se deben elaborar normas de salud y preparar infraestructuras de salud para abordar las necesidades en situaciones de emergencia.

09 Gobernanza, gestión y administración del sistema de salud (CCP/CPA división 91, 84)

Estos servicios se centran más en el sistema de salud que en los servicios de salud. Se consideran servicios colectivos, ya que no se pueden asignar a personas

concretas, sino que benefician a todos. Están dirigidos a apoyar el funcionamiento del sistema de salud. Con estos servicios se intenta mantener y aumentar la eficacia del sistema de salud y mejorar su equidad.

Esta categoría incluye:

- La formulación y administración de la política pública;
- El establecimiento y aplicación de las normas;
- La regulación, autorización o supervisión de los productores;
- La gestión de la recaudación de fondos;
- La administración, supervisión y evaluación de estos recursos.

Se excluyen: los costos administrativos de los proveedores de salud y de los bienes y servicios de salud que suministran. También se excluyen los costos de oportunidad de la gestión de la documentación de los consumidores y los costos asociados a la recaudación de impuestos.

- *09.1 Servicios de gobernanza y administración (excluidos los esquemas obligatorios) CCP/CPA 911, 84.1)*

La gobernanza y administración del sistema de salud forma una partida única. Se propone que se establezca a un nivel de dos dígitos por su bajo costo y viabilidad.

La gobernanza se ha definido como “la gestión responsable y cuidadosa del bienestar de la población”, y comprende tres amplias tareas: aportar visión y dirección, recoger y utilizar información y ejercer influencia a través de normas u otros medios. Incluye servicios de planificación, formulación de políticas e información de todo el sistema de salud, tales como:

- Supervisión de las necesidades de salud y las intervenciones de salud;
- Supervisión y auditoría de los recursos específicos;
- Investigación, desarrollo e implementación de intervenciones innovadoras para establecer normas;
- Desarrollo de políticas y planificación;
- Asociaciones para la promoción de la salud, la participación y la capacitación social.

La administración supone un trabajo de gestión en el diseño de medidas para regular, generar incentivos y controlar organizaciones y recursos en el sistema, como los establecimientos médicos generales y especializados, incluidos los servicios odontológicos, hospitales y clínicas, servicios de residencias asistidas y clínicas de convalecencia así como consultorios independientes. Incluye funciones directivas y operativas así como los recursos para dichas funciones.

- Gestión estratégica de los sistemas y servicios de salud para mejorar la salud de la población;
- Regulación para proteger la salud pública, incluida la acreditación y garantía de calidad;
- Desarrollo y planificación de los recursos humanos.

- *09.2 Servicios de administración de los esquemas obligatorios (CCP/CPA 913, 84.3)*

La administración de la salud y de las actividades del seguro médico

comprende los esquemas obligatorios formalizados por aseguradoras privadas y gobiernos centrales y locales, así como instituciones de la seguridad social. Incluye la planificación, gestión, regulación y recaudación de fondos y la gestión de reclamaciones del sistema que presta los servicios.

Esta partida incluye un subcomponente específico para el financiamiento de la salud. Comprende la gestión de la recaudación de fondos y administración, supervisión y evaluación de los esquemas obligatorios. Entre estos, están los servicios específicos vinculados a la:

- Movilización de recursos: Identificación de afiliados a los esquemas, su afiliación, facturación, recaudación de cotizaciones, así como excepciones de gestión.
- Mancomunación: La igualación del riesgo es un servicio importante;
- Función de compra: Selección, negociación con proveedores de salud, compra y contratación;
- Sistema de procesamiento de reclamaciones, control de derivación pacientes, pagos para proveedores y reembolsos a pacientes.

09.2.1 Administración de esquemas gubernamentales y seguros médicos obligatorios

09.2.1.1 Administración de esquemas gubernamentales

Esta subcategoría incluye:

- Servicios operativos y de administración relativos a los regímenes de salud pública obligatorios, con prestaciones por enfermedad, nacimiento y discapacidad temporal.

09.2.1.2 Administración de los esquemas de seguros médicos obligatorios

Esta subcategoría incluye:

- Servicios operativos y administrativos de los esquemas de seguros médicos obligatorios, con prestaciones por enfermedad, nacimientos y discapacidad temporal.

10 Seguros médicos, excepto los esquemas obligatorios (CPA 65)

• 10.1. Servicios de seguros médicos (CCP/CPA 7132, 65.12.1)

La administración de seguros médicos privados que incluye esencialmente el servicio y el precio del mismo⁹. Cubre el gasto en ventas, el servicio de afiliación y póliza, adjudicación de indemnizaciones, funciones actuariales, servicios de asesoramiento jurídico, funciones de inversión, gastos generales corporativos y costos del riesgo.

Se excluyen: los costos de administración de los proveedores de salud y los bienes y servicios de salud que prestan. También se excluyen los costos de oportunidad de la tramitación de la documentación de los consumidores y la recaudación de impuestos.

⁹ SCN 2008 define el valor del servicio de seguro o producción de seguro en el párrafo 6.185.

11 Bienes y servicios de salud y asistencia social producidos por los hogares para su uso propio

Esta partida contiene todos los servicios generados dentro de los hogares para su uso final, que se reembolsan o sujetos a transferencias. Normalmente se refiere a las atenciones de larga duración que prestan familiares y amigos.

Todos los servicios no asociados a una transacción están fuera del límite, pero se pueden contabilizar como una partida debajo de la línea.

Partidas debajo de la línea

MP.1 Servicios de habitación o alojamiento para los visitantes (CPA 55.10.10)

Esta subcategoría incluye:

- Servicios de alojamiento en habitaciones o unidades con servicios de limpieza y otros servicios, para personas fuera de su lugar de residencia, en hospitales u otros centros de salud que ofrecen alojamiento diario a los familiares de los pacientes.

MP.2 Comida y bebidas para los visitantes

Esta subcategoría incluye:

- La comida y bebidas para los que visitan a un enfermo a los hospitales e instituciones de salud.

Estos servicios dan comidas y bebidas, normalmente a precios reducidos, a grupos de personas claramente definidas que están con un paciente ingresado.

MP.3 Transporte de personas que acompañan a los pacientes

Esta subcategoría incluye el gasto relativo a los pacientes que necesitan acompañante.

MP.4 Bienes y servicios sociales y de salud producidos en hogares para su propio uso, no asociados a transacciones.

Esta partida contiene todos los servicios generados dentro del hogar para su uso final propio, que no se reembolsan ni son objeto de transacciones. Normalmente se refiere a las atenciones de larga duración prestadas a enfermos agudos a través de familiares y amigos.

ANEXO F

Clasificaciones Médicas

Tabla F.1.1. **Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2)**

Comité Internacional de Clasificación de la Wonca (WICC)
 SEMFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia Comunitaria)
 SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista)

PROCESOS		COLORES	
...30	Exploración médica/evaluación de salud/completa		CODIGOS DE PROCESOS
...31	Exploración médica/evaluación de salud/parcial		SINTOMAS Y DOLENCIAS
...32	Pruebas de sensibilización		INFECCIONES
...33	Pruebas microbiológicas e inmunológicas		NEOPLASIAS
...34	Análisis de sangre		LESIONES
...35	Análisis de orina		ANOMALÍAS CONGÉNITAS
...36	Análisis de heces		OTROS DIAGNÓSTICOS
...37	Citología exfoliativa/histológica		
...38	Otras razones de consulta no especificadas	P	PROBLEMAS PSICOLÓGICOS
...39	Prueba de la función física	P01	SENSACIÓN DE ANSIEDAD/TENSIÓN/NERVIOSISMO
...40	Endoscopia diagnóstica	P02	ESTRÉS AGUDO
...41	Radiología/imagen diagnóstica	P03	SENSACIÓN/SENTIMIENTOS DEPRESIVOS
...42	Trazados eléctricos	P04	SENSACIÓN/SENTIMIENTOS DE IRRITABILIDAD/ENOJO
...43	Otros procedimientos diagnósticos	P05	SENTIMIENTOS/CONDUCTA SENIL
...44	Inmunizaciones/medicamentos preventivos	P06	TRASTORNOS DEL SUEÑO
...45	Observación/educación sanitaria/consejo/dieta	P07	DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL
...46	Interconsulta con profesional de atención primaria	P08	AUSENCIA/PÉRDIDA DE LA SATISFACCIÓN SEXUAL
...47	Interconsulta con especialista	P09	PREOCUPACIÓN SOBRE LAS PREFERENCIAS SEXUALES
...48	Aclaración/discusión sobre razón de consulta/demanda	P10	TARTAMUDEO, DISFEMIA ESPASMÓDICA, TICS
...49	Otros procedimientos preventivos	P11	PROBLEMAS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN NIÑOS
...50	Medicación/solicitud/prescripción/renovación/inyectables	P12	ENURESIS
...51	Incisión/drenaje/lavado/aspiración/eliminación de fluidos orgánicos (excl cateterismo -53)	P13	ENCOPRESIS
...52	Excisión/remoción de tejidos/biopsia/destrucción/desbridamiento/cauterización	P15	ABUSO CRÓNICO DEL ALCOHOL
...53	Instrumentación/cateterización/intubación/dilatación	P16	ABUSO AGUDO DEL ALCOHOL
...54	Reducción/fijación/sutura/escayola/manipulación protésica	P17	ABUSO DEL TABACO
...55	Inyección/infiltración local	P18	ABUSO DE FÁRMACOS
...56	Vendaje/presión/compresión/taponamiento	P19	ABUSO DE DROGAS
...57	Medicina física/rehabilitación	P20	TRASTORNOS DE LA MEMORIA
...58	Consejo terapéutico/escucha terapéutica	P22	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO
...59	Otros procedimientos terapéuticos/cirugía menor no especificados	P23	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL COMPORTAMIENTO DEL ADOLESCENTE
...60	Resultados de pruebas y procedimientos	P24	PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL APRENDIZAJE
...61	Resultados de exploración/pruebas/registros/informes de otro profesional	P25	PROBLEMAS DE LAS ETAPAS DE LA VIDA EN ADULTOS
...62	Procedimiento administrativo	P27	MIEDO A UNA ENFERMEDAD MENTAL
...63	Consulta de seguimiento sin especificar	P28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA MENTAL
...64	Consulta/problema iniciado por el profesional	P29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS/MENTALES
...65	Consulta/problema iniciado por un tercero distinto al paciente y al profesional	P70	DEMENCIA

Tabla F.1.1. **Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) (contd.)**

...66	Derivación a otro profesional/enfermera/terapeuta/trabajador social (excl médico)	P71	OTRAS PSICOSIS ORGÁNICAS
...67	Derivación a médico/especialista/clínica/hospital	P72	ESQUIZOFRENIA
...68	Otras derivaciones no especificadas	P73	PSICOSIS AFECTIVAS
...69	Otras razones de consulta no especificadas	P74	TRASTORNOS DE LA ANSIEDAD/ESTADO DE ANSIEDAD
		P75	TRASTORNOS DE SOMATIZACIÓN/DE CONVERSIÓN
		P76	DEPRESIÓN/TRASTORNOS DERESIVOS
		P77	SUICIDIO/INTENTO DE SUICIDIO
		P78	NEURASTENIA/SUMENAGE
		P79	FOBIA/TRASTORNO COMPULSIVO
		P80	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
CODIGO	TEXTO	R03	RESPIRACIÓN JADEANTE/SIBILANTE
A	PROBLEMAS GENERALES E INESPECÍFICOS	R04	OTROS PROBLEMAS DE LA RESPIRACIÓN
A01	DOLOR GENERALIZADO/MÚLTIPLE	R05	TOS
A02	ESCALOFRÍOS	R06	EPISTAXIS/HEMORRAGIA NASAL
A03	FIEBRE	R07	ESTORNUDOS/CONGESTIÓN NASAL
A04	ASTENIA/CANSANCIO/DEBILIDAD GENERAL	R08	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS NASALES
A05	SENSACIÓN DE ENFERMEDAD/DE ESTAR ENFERMO	R09	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LOS SENOS PARANASALES
A06	DESMAYO/SÍNCOPE	R21	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA GARGANTA/FARINGE/ AMÍGDALAS
A07	COMA	R23	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA VOZ
A08	INFLAMACIÓN	R24	HEMOPTISIS
A09	PROBLEMAS DE SUDORACIÓN	R25	EXPECTORACIÓN/FLEMAS ANORMALES
A10	SANGRADO/HEMORRAGIA NO ESPECIFICADA	R26	MIEDO AL CÁNCER DEL APARATO RESPIRATORIO
A11	DOLOR TORÁCICO NO ESPECIFICADO	R27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
A13	PREOCUPACIÓN/MIEDO AL TRATAMIENTO	R28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DEL APARATO RESPIRATORIO
A16	LACTANTE IRRITABLE/NERVIOSO	R29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL APARATO RESPIRATORIO
A18	PREOCUPACIÓN SOBRE LA APARIENCIA	R71	TOS FERINA
A20	SOLICITUD/DISCUSIÓN ACERCA DE LA EUTANASIA	R72	FARINGITIS/AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA
A21	FACTOR DE RIESGO PARA CÁNCER NO ESPECIFICADO	R73	FORÚNCULO/ABSCESO DE LA NARIZ
A23	FACTOR DE RIESGO NO ESPECIFICADO	R74	INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA DEL TRACTO SUPERIOR
A25	MIEDO A LA MUERTE/A LA AGONÍA	R75	SINUSITIS AGUDA/CRÓNICA
A26	MIEDO AL CÁNCER NO ESPECIFICADO	R76	AMIGDALITIS AGUDA
A27	MIEDO A OTRA ENFERMEDAD NO ESPECIFICADA	R77	LARINGITIS/TRAQUEITIS AGUDA
A28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA NO ESPECIFICADA	R78	BRONQUITIS/BRONQUIOLITIS AGUDA
A29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS GENERALES	R79	BRONQUITIS CRÓNICA
A70	TUBERCULOSIS	R80	GRIPE
A71	SARAMPIÓN	R81	NEUMONÍA
A72	VARICELA	R82	DERRAME PLEURAL/PLEURITIS
A73	PALUDISMO/MALARIA	R83	OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS
A74	RUBÉOLA	R84	NEOPLASIAS MALIGNAS DE TRÁQUEA/BRONQUIOS/ PULMÓN
A75	MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	R85	OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DEL APARATO RESPIRATORIO
A76	OTRAS ENFERMEDADES VIRALES CON EXANTEMA	R86	NEOPLASIAS BENIGNAS DEL APARATO RESPIRATORIO
A77	OTRAS ENFERMEDADES VIRALES NO ESPECIFICADAS	R87	CUERPO EXTRAÑO EN LA NARIZ/LARINGE/BRONQUIOS
A78	OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS NO ESPECIFICADAS	R88	OTRAS LESIONES DEL APARATO RESPIRATORIO
A79	CÁNCER/NEOPLASIA MALIGNA NO ESPECIFICADA	R89	ANOMALIAS CONGÉNITAS DEL APARATO RESPIRATORIO
A80	TRAUMATISMO/LESIÓN NO ESPECIFICADA	R90	HIPERTROFIA/INFECCIÓN CRÓNICA DE AMÍGDALAS/ ADENOIDES
A81	TRAUMATISMOS/LESIONES MÚLTIPLES	R92	NEOPLASIAS INESPECÍFICAS DEL APARATO RESPIRATORIO
A82	EFFECTOS SECUNDARIOS TARDÍOS DE TRAUMATISMO	R95	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)
A84	INTOXICACIÓN/ENVENENAMIENTO/SOBREDOSIS POR MEDICAMENTOS	R96	ASMA
A85	EFFECTO ADVERSO POR MEDICAMENTO A DOSIS CORRECTA	R97	RINITIS ALÉRGICA
A86	EFFECTOS TÓXICOS DE SUSTANCIAS NO MEDICAMENTOSAS	R98	SÍNDROME DE HIERVENTILACIÓN
A87	COMPLICACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO	R99	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
A88	EFFECTOS ADVERSOS DE FACTORES FÍSICOS	S	PIEL Y FANERAS
A89	EFFECTOS ADVERSOS DE PRÓTESIS/DISPOSITIVOS	S01	DOLOR/SENSIBILIDAD ANORMAL DE LA PIEL
A90	ANOMALÍAS CONGÉNITAS MÚLTIPLES NO ESPECIFICADAS	S02	PRURITO
A91	RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS NO ESPECIFICADAS	S03	VERRUGAS
A92	ALERGIA/REACCIONES ALÉRGICAS NO ESPECIFICADAS	S04	INFLAMACIÓN/MASA LOCALIZADA
A93	RECIÉN NACIDOS PREMATUROS/INMADUROS	S05	INFLAMACIÓN/MASAS MÚLTIPLES
A94	OTRA MORBILIDAD PERINATAL		
A95	MORTALIDAD PERINATAL		
A96	FALLECIMIENTO/MUERTE		
A97	SIN ENFERMEDAD		
A98	MEDICINA PREVENTIVA/PROMOCIÓN DE LA SALUD		

Tabla F.1.1. **Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) (contd.)**

A99	OTRAS ENFERMEDADES GENERALES NO ESPECIFICADAS	S06	ERITEMA/RASH LOCALIZADO
B	SANGRE, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y SISTEMA INMUNITARIO (LINFÁTICOS, BAZO Y MÉDULA ÓSEA)	S07	ERITEMA/RASH GENERALIZADO
B02	ADENOPATÍA/DOLOR EN GANGLIO LINFÁTICO	S08	CAMBIOS EN EL COLOR DE LA PIEL
B04	SIGNOS/SÍNTOMAS DE SANGRE/ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS	S09	DEDO DE LA MANO/DEL PIE INFECTADO
B25	MIEDO AL SIDA	S10	FORÚNCULO/ÁNTRAX
B26	MIEDO AL CÁNCER DE SANGRE/ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS/LINFÁTICOS	S11	INFECCIÓN DERMATOLÓGICA POSTRAUMÁTICA
B27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE/ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS/LINFÁTICOS	S12	PICADURA DE INSECTO
B28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DE SANGRE/ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS/LINFÁTICOS	S13	MORDEDURA HUMANA/DE OTROS ANIMALES
B29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DE SANGRE/ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS/LINFÁTICOS/INMUNOLÓGICOS	S14	QUEMADURAS/ESCALDADURAS
B70	LINFADENITIS AGUDA	S15	CUERPO EXTRAÑO EN LA PIEL
B71	LINFADENITIS CRÓNICA/INESPECÍFICA	S16	CONTUSIÓN/MAGULLADURA
B72	ENFERMEDAD DE HODGKIN/LINFOMAS	S17	ABRASIÓN/AMPOLLAS/ARAÑAZOS
B73	LEUCEMIA	S18	LACERACIÓN/HERIDA INCISA
B74	OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS HEMATOLÓGICAS	S19	OTRAS LESIONES DE LA PIEL
B75	NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS BENIGNAS/INESPECÍFICAS	S20	CALLOS/CALLOSIDADES
B76	ROTURA TRAUMÁTICA DE BAZO	S21	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA TEXTURA CUTÁNEA
B77	OTROS TRAUMATISMOS DE ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS/LINFÁTICOS/BAZO	S22	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LAS UÑAS
B78	ANEMIAS HEMOLÍTICAS HEREDITARIAS	S23	CALVICIE/CAIDA DEL PELO
B79	OTRAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS DE SANGRE/ÓRGANOS HEMATOPÉYICOS/LINFÁTICOS	S24	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS PELO/CABELLERA
B80	ANEMIA FERROPÉNICA	S26	MIEDO AL CÁNCER DE PIEL
B81	ANEMIA PERNICIOSA/POR DEFICIENCIA DE FOLATOS	S27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL
B82	OTRAS ANEMIAS/INESPECÍFICAS	S28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DE LA PIEL/FANERAS
B83	PÚRPURA/ALTERACIONES DE LA COAGULACIÓN	S29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA PIEL Y FANERAS
B84	LEUCOCITOS ANORMALES	S70	HERPES ZOSTER
B87	ESPLENOMEGALIA	S71	HERPES SIMPLE
B90	INFECCIÓN POR VIH, SIDA	S72	SARNA Y OTRAS ASCARIDIASIS
B99	OTRAS ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS/LINFÁTICAS/INMUNOLÓGICAS	S73	PEDICULOSIS Y OTRAS INFESTACIONES DE LA PIEL
D	APARATO DIGESTIVO	S74	DERMATOMICOSIS
D01	DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO/RETORTIJONES	S75	CANDIDIASIS/MONILIASIS DE LA PIEL
D02	DOLOR DE ESTÓMAGO/EPIGÁSTRICO	S76	OTRAS INFECCIONES DE LA PIEL
D03	PIROSIS	S77	NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA PIEL
D04	DOLOR RECTAL/ANAL	S78	LIPOMA
D05	PRURITO PERIANAL	S79	NEOPLASIAS BENIGNAS/INESPECÍFICAS DE LA PIEL
D06	OTROS DOLORS ABDOMINALES LOCALIZADOS	S80	QUERATOSIS/QUEMADURA SOLAR
D07	DISPEPSIA/INDIGESTIÓN	S81	HEMANGIOMA/LINFANGIOMA
D08	FLATULENCIA/AEROFAGIA/DOLOR POR GASES	S82	NEVUS
D09	NÁUSEA	S83	OTRAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS
D10	VÓMITO	S84	IMPÉTIGO
D11	DIARREA	S85	QUISTE/FÍSTULA PILONIDAL
D12	ESTREÑIMIENTO	S86	DERMATITIS SEBORREICA
D13	ICTERICIA	S87	DERMATITIS/ECCEMA ATÓPICO
D14	HEMATEMESIS/VÓMITO DE SANGRE	S88	DERMATITIS DE CONTACTO/ALÉRGICA
D15	MELENA	S89	DERMATITIS DEL PAÑAL
D16	RECTORRAGIA/HEMORRAGIA RECTAL	S90	PITIRIASIS ROSADA
D17	INCONTINENCIA FECAL	S91	PSORIASIS
D18	CAMBIO EN LAS HECES/EN EL RITMO INTESTINAL	S92	ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SUDORÍPARAS
D19	SIGNOS/SÍNTOMAS DE DIENTES Y ENCÍAS	S93	QUISTE SEBÁCEO
D20	SIGNOS/SÍNTOMAS DE BOCA, LENGUA Y LABIOS	S94	UÑA ENCARNADA
D21	PROBLEMAS DE LA DEGLUCIÓN	S95	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM
D23	HEPATOMEGALIA	S96	ACNÉ
D24	MASA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA	S97	ÚLCERA CRÓNICA DE LA PIEL
D25	DISTENSIÓN ABDOMINAL	S98	URTICARIA
D26	MIEDO AL CÁNCER DEL APARATO DIGESTIVO	S99	OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL
D27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	T	APARATO ENDOCRINO, METABOLISMO Y NUTRICIÓN
D28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DEL APARATO DIGESTIVO	T01	SED EXCESIVA
D29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL APARATO DIGESTIVO	T02	APETITO EXCESIVO
D70	INFECCIÓN GASTROINTESTINAL	T03	PÉRDIDA DE APETITO
D71	PAROTIDITIS EPIDÉMICA/PAPERAS	T04	PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE/NIÑO
D72	HEPATITIS VIRAL	T05	PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN EL ADULTO
D73	INFECCIÓN INTESTINAL INESPECÍFICA/POSIBLE	T07	GANANCIA DE PESO

Tabla F.1.1. **Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) (contd.)**

D74	NEOPLASIAS MALIGNAS DEL ESTÓMAGO	T08	PÉRDIDA DE PESO
D75	NEOPLASIAS MALIGNAS DE COLON/RECTO	T10	FALLO/RETRASO DEL CRECIMIENTO
D76	NEOPLASIAS MALIGNAS DE PÁNCREAS	T11	DESHIDRATACIÓN
D77	OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DEL APARATO DIGESTIVO NO ESPECIFICADAS	T26	MIEDO AL CÁNCER DEL APARATO ENDOCRINO
D78	NEOPLASIAS BENIGNAS/INESPECÍFICAS DEL APARATO DIGESTIVO	T27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES ENDOCRINAS/METABÓLICAS
D79	CUERPO EXTRAÑO EN TRACTO DIGESTIVO	T28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DEL APARATO ENDOCRINO/METABOLISMO/NUTRICIÓN
D80	OTRAS LESIONES DEL APARATO DIGESTIVO	T29	OTROS SIGNOS/SÍTOMAS ENDOCRINOS/METABÓLICOS/NUTRICIONALES
D81	ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL APARATO DIGESTIVO	T70	INFECCIONES ENDOCRINAS
D82	ENFERMEDADES DE LOS DIENTES/ENCÍAS	T71	NEOPLASIAS MALIGNAS DE TIROIDES
D83	ENFERMEDADES DE LA BOCA/LENGUA/LABIOS	T72	NEOPLASIAS BENIGNAS DE TIROIDES
D84	ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO	T73	OTRAS NEOPLASIAS ENDOCRINAS/INESPECÍFICAS
D85	ÚLCERA DUODENAL	T78	CONDUCTO/QUISTE TIROGLOSO
D86	OTRAS ÚLCERAS PÉPTICAS	T80	ANOMALIAS CONGÉNITAS ENDOCRINAS/METABÓLICAS
D87	ALTERACIONES FUNCIONALES DEL ESTÓMAGO	T81	BOCIO
D88	APENDICITIS	T82	OBESIDAD
D89	HERNIA INGUINAL	T83	SOBREPESO
D90	HERNIA DE HIATO	T85	HIPERTIROIDISMO/TIROTOXICOSIS
D91	OTRAS HERNIAS ABDOMINALES	T86	HIPOTIROIDISMO/MIXEDEMA
D92	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO	T87	HIPOGLUCEMIA
D93	SÍNDROME DE COLON IRRITABLE	T89	DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE
D94	ENTERITIS CRÓNICA/COLITIS ULCEROSA	T90	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE
D95	FISURA ANAL/ABSCESO PERIANAL	T91	DÉFICIT VITAMÍNICO/NUTRICIONAL
D96	OXIURAS/ASCARIS/OTROS PARÁSITOS	T92	GOTA
D97	ENFERMEDADES HEPÁTICAS NO ESPECIFICADAS	T93	TRASTORNOS DEL METABOLISMO LIPÍDICO
D98	COLECISTITIS/COLELITIASIS	T99	OTROS PROBLEMAS ENDOCRINOS/METABÓLICOS/NUTRICIONALES
D99	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	U	APARATO URINARIO
F	OJO Y ANEXOS	U01	DISURIA/MICCIÓN DOLOROSA
F01	DOLOR OCULAR	U02	MICCIÓN IMPERIOSA/FRECIENTE
F02	OJO ROJO	U04	INCONTINENCIA URINARIA
F03	SECRECIÓN OCULAR	U05	OTROS PROBLEMAS DE LA MICCIÓN
F04	PUNTOS FLOTANTES/MANCHAS	U06	HEMATURIA
F05	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS VISUALES	U07	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA ORINA
F13	SENSACIONES ANORMALES EN LOS OJOS	U08	RETENCIÓN URINARIA
F14	MOVIMIENTOS ANORMALES DE LOS OJOS	U13	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA VEJIGA URINARIA
F15	ASPECTO ANORMAL DE LOS OJOS	U14	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL RIÑÓN
F16	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LOS PÁRPADOS	U26	MIEDO AL CÁNCER DEL APARATO URINARIO
F17	SIGNOS/SÍNTOMAS EN RELACIÓN CON GAFAS	U27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO
F18	SIGNOS/SÍNTOMAS EN RELACIÓN CON LENTES DE CONTACTO	U28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DEL APARATO URINARIO
F27	MIEDO A UNA ENFERMEDAD OCULAR	U29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL APARATO URINARIO
F28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DE OJO Y ANEXOS	U70	PIELITIS/PIELONEFRITIS
F29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS OCULARES	U71	CISTITIS/OTRAS INFECCIONES URINARIAS
F70	CONJUNTIVITIS INFECCIOSAS	U72	URETRITIS
F71	CONJUNTIVITIS ALÉRGICA	U75	NEOPLASIAS MALIGNAS DEL RIÑÓN
F72	BLEFARITIS/ORZUELO/CHALAZIÓN	U76	NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA VEJIGA URINARIA
F73	OTRAS INFECCIONES/INFLAMACIONES DE LOS OJOS	U77	OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DEL APARATO URINARIO
F74	NEOPLASIAS DE OJOS/ANEXOS	U78	NEOPLASIAS BENIGNAS DEL APARATO URINARIO
F75	CONTUSIÓN/HEMORRAGIA DE OJOS/ANEXOS	U79	NEOPLASIAS DEL APARATO URINARIO NE
F76	CUERPO EXTRAÑO EN EL OJO	U80	LESIONES DEL APARATO URINARIO
F79	OTRAS LESIONES OCULARES	U85	ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL APARATO URINARIO
F80	OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO LAGRIMAL EN EL LACTANTE	U88	NEFROSIS/GLOMERULONEFRITIS
F81	OTRAS ANOMALÍAS OCULARES CONGÉNITAS	U90	ALBUMINURIA/PROTEINURIA ORTOSTÁTICA
F82	DESPRENDIMIENTO DE RETINA	U95	CÁLCULOS URINARIOS
F83	RETINOPATÍA	U98	ANÁLISIS ANORMALES DE ORINA NO ESPECIFICADOS
F84	DEGENERACIÓN DE LA MÁCULA	U99	OTROS PROBLEMAS/ENFERMEDADES URINARIAS
F85	ÚLCERA CORNEAL	W	PLANIFICACIÓN FAMILIAR, EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
F86	TRACOMA	W01	CUESTIONES ACERCA DEL EMBARAZO
F91	ALTERACIONES DE LA REFRACCIÓN	W02	MIEDO A ESTAR EMBARAZADA
F92	CATARATA	W03	HEMORRAGIA ANTES DEL PARTO
F93	GLAUCOMA	W05	VÓMITO/NÁUSEA DEL EMBARAZO
F94	CEGUERA/REDUCCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL	W10	CONTRACCIÓN POSTCOITAL
F95	ESTRABISMO	W11	CONTRACCIÓN ORAL, EN LA MUJER

Tabla F.1.1. **Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) (contd.)**

F99	OTRAS ENFERMEDADES/PROBLEMAS DE SALUD DE OJOS/ ANEXOS	W12	CONTRACEPCIÓN INTRAUTERINA
H	APARATO AUDITIVO	W13	ESTERILIZACIÓN/LIGADURA DE TROMPAS/PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUIRÚRGICA EN LA MUJER
H01	DOLOR DE OÍDO/OREJA	W14	OTROS MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN, EN LA MUJER
H02	SIGNOS/SÍNTOMAS AUDITIVOS	W15	INFERTILIDAD FEMENINA
H03	ZUMBIDO/TINNITUS/ACÚFENOS	W17	HEMORRAGIA POSTPARTO
H04	SECRECIÓN POR EL OÍDO	W18	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL POSTPARTO
H05	SANGRE EN/DEL OÍDO	W19	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA MAMA/LACTANCIA
H13	SENSACIÓN DE TAPONAMIENTO	W21	PREOCUPACIÓN SOBRE LA APARIENCIA EN EL EMBARAZO
H15	PREOCUPACIÓN SOBRE LA APARIENCIA DE LAS OREJAS	W27	MIEDO A LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO
H27	MIEDO A UNA ENFERMEDAD DEL OÍDO	W28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA POR EL EMBARAZO/PARTO/ PUERPERIO
H28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DEL APARATO AUDITIVO	W29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL EMBARAZO/PARTO/ PUERPERIO
H29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL OÍDO/OREJA	W70	INFECCIÓN/SEPSIS PUERPERAL
H70	OTITIS EXTERNA	W71	OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN EL EMBARAZO/ PARTO/PUERPERIO
H71	OTITIS MEDIA/MIRINGITIS AGUDA	W72	NEOPLASIAS MALIGNAS EN RELACIÓN CON EL EMBARAZO
H72	OTITIS MEDIA SEROSA	W73	NEOPLASIAS BENIGNAS/INESPECÍFICAS EN RELACIÓN CON EL EMBARAZO
H73	SALPINGITIS DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO	W75	LESIONES QUE COMPLICAN EL EMBARAZO
H74	OTITIS MEDIA CRÓNICA	W76	ANOMALÍAS CONGÉNITAS QUE COMPLICAN EL EMBARAZO
H75	NEOPLASIAS DEL APARATO AUDITIVO	W78	EMBARAZO
H76	CUERPO EXTRAÑO EN EL OÍDO	W79	EMBARAZO NO DESEADO
H77	PERFORACIÓN DEL TÍMPANO	W80	EMBARAZO ECTÓPICO
H78	LESIÓN SUPERFICIAL DEL OÍDO/OREJA	W81	TOXEMIA DEL EMBARAZO
H79	OTRAS LESIONES DEL APARATO AUDITIVO	W82	ABORTO ESPONTÁNEO
H80	ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL APARATO AUDITIVO	W83	ABORTO PROVOCADO
H81	CERA EXCESIVA EN EL CONDUCTO AUDITIVO	W84	EMBARAZO DE ALTO RIEGO
H82	SÍNDROMES VERTIGINOSOS	W85	DIABETES GESTACIONAL
H83	OTOSCLEROSIS	W90	PARTO NORMAL/RECIENTE NACIDO VIVO
H84	PRESBIACUSIA	W91	PARTO NORMAL/RECIENTE NACIDO MUERTO
H85	TRAUMA ACÚSTICO	W92	PARTO COMPLICADO/RECIENTE NACIDO VIVO
H86	SORDERA	W93	PARTO COMPLICADO/RECIENTE NACIDO MUERTO
H99	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO AUDITIVO	W94	MASTITIS PUERPERAL
K	APARATO CIRCULATORIO	W95	OTROS PROBLEMAS/ENFERMEDADES MAMARIAS EN EL EMBARAZO/PUERPERIO
K01	DOLOR CARDÍACO/ATRIBUÍDO AL CORAZÓN	W96	OTRAS COMPLICACIONES DEL PUERPERIO
K02	OPRESIÓN/PRESIÓN CARDÍACA	W99	OTROS PROBLEMAS/ENFERMEDADES DEL EMBARAZO/ PARTO
K03	DOLOR CARDIOVASCULAR NO ESPECIFICADO	X	APARATO GENITAL FEMENINO Y MAMAS
K04	PALPITACIONES/PERCEPCIÓN DE LOS LATIDOS CARDIACOS	X01	DOLOR GENITAL FEMENINO
K05	OTRAS IRREGULARIDADES DEL RITMO CARDÍACO	X02	DOLOR MENSTRUAL
K06	VENAS INGURGITADAS	X03	DOLOR INTERMENSTRUAL
K07	TOBILLOS HINCHADOS/EDEMATOSOS	X04	DOLOR EN EL COITO, EN LA MUJER
K22	FACTOR DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	X05	MENSTRUACIÓN AUSENTE/ESCALA
K24	MIEDO A UN INFARTO DE MIOCARDIO	X06	MENSTRUACIÓN EXCESIVA
K25	MIEDO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	X07	MENSTRUACIÓN IRREGULAR/FRECIENTE
K27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	X08	SANGRADO INTERMENSTRUAL
K28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA CARDIOVASCULAR	X09	SIGNOS/SÍNTOMAS PREMENSTRUALES
K29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	X10	APLAZAMIENTO PROVOCADO DE LA MENSTRUACIÓN
K70	ENFERMEDADES INFECCIOSAS CARDIOVASCULARES	X11	SIGNOS/SÍNTOMAS MENOPÁUSICOS
K71	FIEBRE REUMÁTICA/ENFERMEDAD REUMÁTICA CARDÍACA	X12	SANGRADO POSTMENOPÁUSICO
K72	NEOPLASIAS CARDIOVASCULARES	X13	SANGRADO POSTCOITAL
K73	ANOMALÍAS CONGÉNITAS CARDIOVASCULARES	X14	SECRECIÓN/FLUJO VAGINAL EXCESIVO
K74	ISQUEMIA CARDÍACA CON ANGINA	X15	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS VAGINALES
K75	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	X16	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS VULVARES
K76	ISQUEMIA CARDÍACA SIN ANGINA	X17	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA PELVIS FEMENINA
K77	INSUFICIENCIA CARDÍACA	X18	DOLOR MAMARIO, EN LA MUJER
K78	FIBRILACIÓN AURICULAR/ALETEO AURICULAR	X19	MASA MAMARIA, EN LA MUJER
K79	TAQUICARDIA PAROXÍSTICA	X20	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LOS PEZONES, EN LA MUJER
K80	ARRITMIA CARDÍACA NO ESPECIFICADA	X21	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS MAMARIOS, EN LA MUJER
K81	SOPLOS CARDÍACOS/ARTERIALES NO ESPECIFICADOS	X22	PREOCUPACIÓN SOBRE LA APARIENCIA DE LAS MAMAS, EN LA MUJER

Tabla F.1.1. **Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) (contd.)**

K82	ENFERMEDAD PULMONAR CARDÍACA	X23	MIEDO A UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL, EN LA MUJER
K83	ENFERMEDAD VALVULAR CARDÍACA	X24	MIEDO A UNA DISFUNCIÓN SEXUAL, EN LA MUJER
K84	OTRAS ENFERMEDADES CARDÍACAS	X25	MIEDO AL CÁNCER GENITAL FEMENINO
K85	ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL	X26	MIEDO AL CÁNCER DE MAMA, EN LA MUJER
K86	HIPERTENSIÓN NO COMPLICADA	X27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES GENITALES FEMENINAS/ DE MAMA
K87	HIPERTENSIÓN CON AFECTACIÓN DE ÓRGANOS DIANA	X28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO/MAMAS
K88	HIPOTENSIÓN POSTURAL	X29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL APARATO GENITAL FEMENINO/MAMAS
K89	ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA	X70	SÍFILIS, EN LA MUJER
K90	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/ICTUS/APOPLEJÍA	X71	GONORREA, EN LA MUJER
K91	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	X72	CANDIDIASIS GENITAL, EN LA MUJER
K92	ATEROSCLEROSIS/ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA	X73	TRICOMONIASIS GENITAL, EN LA MUJER
K93	EMBOLISMO PULMONAR	X74	ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA
K94	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS	X75	NEOPLASIAS MALIGNAS DE CUELLO DE ÚTERO
K95	VENAS VARICOSAS EN EXTREMIDADES INFERIORES	X76	NEOPLASIAS MALIGNAS DE MAMA, EN LA MUJER
K96	HEMORROIDES	X77	OTRAS NEOPLASIAS GENITALES FEMENINAS
K99	OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	X78	FIBROMIOMA UTERINO
L	APARATO LOCOMOTOR	X79	NEOPLASIAS BENIGNAS DE MAMA, EN LA MUJER
L01	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL CUELLO	X80	NEOPLASIAS BENIGNAS DEL APARATO GENITAL FEMENINO
L02	SIGNOS/SÍNTOMAS DORSALES	X81	NEOPLASIAS GENITALES FEMENINAS INESPECÍFICAS/ OTRAS
L03	SIGNOS/SÍNTOMAS LUMBARES	X82	LESIONES GENITALES FEMENINAS
L04	SIGNOS/SÍNTOMAS TORÁCICOS	X83	ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL APARATO GENITAL FEMENINO
L05	SIGNOS/SÍNTOMAS DE FLANCOS Y AXILAS	X84	VAGINITIS/VULVITIS NO ESPECIFICADA
L07	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA MANDÍBULA	X85	OTROS PROBLEMAS DE CUELLO DE ÚTERO
L08	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL HOMBRO	X86	CITOLOGÍA DE CUELLO DE ÚTERO ANORMAL
L09	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL BRAZO	X87	PROLAPSO UTEROVAGINAL
L10	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL CODO	X88	MASTOPATÍA FIBROQUIÍSTICA
L11	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA MUÑECA	X89	SÍNDROME PREMENSTRUAL
L12	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA MANO Y SUS DEDOS	X90	HERPES GENITAL, EN LA MUJER
L13	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA CADERA	X91	CONDILOMA ACUMINADO, EN LA MUJER
L14	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL MUSLO Y DE LA PIERNA	X92	INFECCIÓN GENITAL FEMENINA POR CLAMIDIAS
L15	SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA RODILLA	X99	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL FEMENINO/MAMAS
L16	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL TOBILLO	Y	APARATO GENITAL MASCULINO Y MAMAS
L17	SIGNOS/SÍNTOMAS DEL PIE Y SUS DEDOS	Y01	DOLOR EN EL PENE
L18	DOLOR MUSCULAR	Y02	DOLOR EN EL ESCROTO/TESTÍCULOS
L19	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS MUSCULARES NO ESPECIFICADOS	Y03	SECRECIÓN URETRAL, EN EL HOMBRE
L20	SIGNOS/SÍNTOMAS ARTICULARES NO ESPECIFICADOS	Y04	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL PENE
L26	MIEDO AL CÁNCER DEL APARATO LOCOMOTOR	Y05	OTROS SIG/SÍNTOMAS DE ESCROTO/TESTÍCULOS
L27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR	Y06	SIGNOS/SÍNTOMAS PROSTÁTICOS
L28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DEL APARATO LOCOMOTOR	Y07	IMPOTENCIA ORGÁNICA NO ESPECIFICADA
L29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL APARATO LOCOMOTOR	Y08	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL MASCULINA
L70	INFECCIONES DEL APARATO LOCOMOTOR	Y10	INFERTILIDAD MASCULINA
L71	NEOPLASIAS MALIGNAS DEL APARATO LOCOMOTOR	Y13	ESTERILIZACIÓN MASCULINA
L72	FRACTURA DEL CÚBITO/RADIO	Y14	OTROS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR MASCULINA
L73	FRACTURA DE TIBIA/PERONÉ	Y16	SIGNOS/SÍNTOMAS MAMA, EN EL HOMBRE
L74	FRACTURA DE CARPO/TARSO Y HUESOS DE LA MANO/PIE	Y24	MIEDO A UNA DISFUNCIÓN SEXUAL, EN EL HOMBRE
L75	FRACTURA DE FÉMUR	Y25	MIEDO A UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL, EN EL HOMBRE
L76	OTRAS FRACTURAS	Y26	MIEDO A UN CÁNCER DEL APARATO GENITAL MASCULINO
L77	ESGUINCES Y DISTENSIONES DEL TOBILLO	Y27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO GENITAL MASCULINO
L78	ESGUINCES Y DISTENSIONES DE LA RODILLA	Y28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA DEL APARATO GENITAL MASCULINO
L79	ESGUINCES Y DISTENSIONES NO ESPECIFICADAS	Y29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS DEL APARATO GENITAL MASCULINO
L80	LUXACIÓN Y SUBLUXACIÓN	Y70	SÍFILIS, EN EL HOMBRE

Tabla F.1.1. **Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) (contd.)**

L81	OTRAS LESIONES DEL APARATO LOCOMOTOR NO ESPECIFICADAS	Y71	GONORREA, EN EL HOMBRE
L82	ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL APARATO LOCOMOTOR	Y72	HERPES GENITAL, EN EL HOMBRE
L83	SÍNDROMES DEL CUELLO	Y73	PROSTATITIS/VESICULITIS SEMINAL
L84	SÍNDROMES LUMBARES/TORÁCICOS SIN IRRADIACIÓN DEL DOLOR	Y74	ORQUITIS/EPIDIDIMITIS
L85	DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL	Y75	BALANITIS
L86	SÍNDROMES LUMBARES/TORÁCICOS CON IRRADIACIÓN DEL DOLOR	Y76	CONDILOMA ACUMINADO, EN EL HOMBRE
L87	BURSITIS/TENDINITIS/SINOVITIS NO ESPECIFICADOS	Y77	NEOPLASIAS MALIGNAS DE PRÓSTATA
L88	ARTRITIS REUMATOIDE	Y78	OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DE MAMA/APARATO GENITAL MASCULINO
L89	ATROSIS DE CADERA	Y79	NEOPLASIAS BENIGNAS/INESPECÍFICAS DE MAMA/APARATO GENITAL MASCULINO
L90	ARTROSIS DE RODILLA	Y80	LESIONES DEL APARATO GENITAL MASCULINO
L91	OTRAS ARTROSIS	Y81	FIMOSIS/PREPUCIO EXCESIVO
L92	SÍNDROMES DEL HOMBRO	Y82	HIPOSPADIAS
L93	CODO DE TENISTA	Y83	TESTÍCULO NO DESCENDIDO
L94	OSTEOCONDROSIS	Y84	OTRAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL APARATO GENITAL MASCULINO
L95	OSTEOPOROSIS	Y85	HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA
L96	LESIÓN AGUDA INTERNA DE LA RODILLA	Y86	HIDROCELE
L97	NEOPLASIAS BENIGNAS/INESPECÍFICAS DEL APARATO LOCOMOTOR	Y99	OTRAS ENFERMEDADES DE LA MAMA/APARATO GENITAL MASCULINO
L98	DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS MIEMBROS	Z	PROBLEMAS SOCIALES
L99	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR	Z01	POBREZA/DIFICULTADES ECONÓMICAS
N	SISTEMA NERVIOSO	Z02	PROBLEMAS DE ALIMENTOS Y AGUA
N01	CEFALEA	Z03	PROBLEMAS DE VIVIENDA/VECINDAD
N03	DOLOR EN LA CARA	Z04	PROBLEMAS SOCIOCULTURALES
N04	SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS	Z05	PROBLEMAS OCUPACIONALES/DEL TRABAJO
N05	HORMIGUEO EN MANOS Y PIES	Z06	DESEMPLEO/PARO
N06	OTRAS ALTERACIONES DE LA SENSIBILIDAD	Z07	PROBLEMAS DE EDUCACIÓN/FORMACIÓN
N07	CONVULSIONES/CRISIS CONVULSIVAS	Z08	PROBLEMAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL/SISTEMA DE BIENESTAR
N08	MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS ANORMALES	Z09	PROBLEMAS LEGALES
N16	ALTERACIONES DEL GUSTO Y DEL OLFATO	Z10	PROBLEMAS CON EL SISTEMA SANITARIO
N17	VÉRTIGO/VAHÍDO	Z11	PROBLEMAS CON EL ESTAR ENFERMO
N18	PARÁLISIS/DEBILIDAD	Z12	PROBLEMAS DE LA RELACIÓN EN LA PAREJA
N19	ALTERACIONES DEL LENGUAJE	Z13	PROBLEMAS CON LA CONDUCTA DE LA PAREJA
N26	MIEDO AL CÁNCER DEL SISTEMA NERVIOSO	Z14	PROBLEMAS POR ENFERMEDAD DE LA PAREJA
N27	MIEDO A OTRAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	Z15	PÉRDIDA/MUERTE DE LA PAREJA
N28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA NEUROLÓGICA	Z16	PROBLEMAS DE RELACIÓN CON LOS HIJOS
N29	OTROS SIGNOS/SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS	Z18	PROBLEMAS POR ENFERMEDAD DE LOS HIJOS
N70	POLIOMIELITIS	Z19	PERDIDA INSTEAD OF PEDIDA
N71	MENINGITIS/ENCEFALITIS	Z20	PROBLEMA DE RELACIÓN CON LOS PADRES/OTROS FAMILIARES
N72	TÉTANOS	Z21	PROBLEMAS CON LA CONDUCTA DE LOS PADRES/OTROS FAMILIARES
N73	OTRAS INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO	Z22	PROBLEMAS POR ENFERMEDAD DE LOS PADRES/OTROS FAMILIARES
N74	NEOPLASIAS MALIGNAS DEL SISTEMA NERVIOSO	Z23	PÉRDIDA/MUERTE DE LOS PADRES/OTROS FAMILIARES
N75	NEOPLASIAS BENIGNAS DEL SISTEMA NERVIOSO	Z24	PROBLEMAS DE RELACIÓN CON LOS AMIGOS
N76	NEOPLASIAS INESPECÍFICAS DEL SISTEMA NERVIOSO	Z25	PROBLEMAS DERIVADOS DE LA VIOLENCIA/AGRESIONES
N79	CONMOCIÓN CEREBRAL	Z27	MIEDO A UN PROBLEMA SOCIAL
N80	OTROS TRAUMATISMOS CRANEALES	Z28	INCAPACIDAD/MINUSVALÍA SOCIAL
N81	OTRAS LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO	Z29	OTROS PROBLEMAS SOCIALES
N85	ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL SISTEMA NERVIOSO		
N86	ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
N87	ENFERMEDAD DE PARKINSON/PARKINSONISMO		
N88	EPILEPSIA		
N89	MIGRAÑA		
N90	CEFALEA EN RACIMOS/CLUSTER		
N91	PARÁLISIS FACIAL/DE BELL		
N92	NEURALGIA DEL TRIGÉMINO		
N93	SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO		
N94	NEURITIS/NEURPATÍAS PERIFÉRICAS		
N95	CEFALEA TENSIONAL		
N99	OTRAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS		

Fuente: WICE (2011)

Tabla F.1.2. **Clasificación Terapéutica Química (CTQ)**
Principales grupos del sistema de CTQ

A	Tracto alimentario y metabolismo
B	Sangre y órganos que forman la sangre
C	Sistema cardiovascular
D	Dermatológicos
G	Sistema genitourinario y hormonas sexuales
H	Preparados hormonales sistémicos, excl. Hormonas sexuales e insulinas
J	Antiinfeccioso para uso sistémico
L	Agentes antineoplásicos e inmunomodulantes
M	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervioso
P	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes
R	Sistema respiratorio
S	Órganos de los sentidos
V	Varios

Fuente : www.who.int.

Tabla F.1.3. **Listado internacional abreviado de tabulación de morbilidad hospitalaria (ISHMT)**

ICD Capítulo	Grupo	Código	Título	Código CIE-10	Código CIE-9
I		0100	Determinadas infecciones y enfermedades parasitarias	A00-B99	001-033, 0341-0992, 0995-134, 1360, 1362-139, +042-044 o 2795, 2796 para VIH (varía según el país)
I	1	0101	Enfermedades de infección del intestino excepto la diarrea	A00-A08	001-008
I	2	0102	Diarrea y gastroenteritis de supuesto origen infeccioso	A09	009
I	3	0103	Tuberculosis	A15-A19, B90	010-018, 137
I	4	0104	Septicemia	A40-A41	038
I	5	0105	Virus de inmunodeficiencia humana [HIV]	B20-B24	042-044 o 2795, 2796 (varía según país)
I	6	0106	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	Resto de A00-B99	Resto de 001-139, excepto 0340, 0993, 0994, 135, 1361
II		0200	Neoplasmas	C00-D48	140-239
II	7	0201	Neoplasma maligno no colon, recto y ano	C18-C21	153, 154
II	8	0202	Neoplasma maligno de traquea, bronquio y pulmón	C33-C34	162
II	9	0203	Neoplasma maligno de piel	C43-C44	172, 173
II	10	0204	Neoplasma maligno de mama	C50	174, 175
II	11	0205	Neoplasma maligno de útero	C53-C55	179, 180, 182
II	12	0206	Neoplasma maligno de ovario	C56	1830
II	13	0207	Neoplasma maligno de próstata	C61	185
II	14	0208	Neoplasma maligno de vejiga	C67	188
II	15	0209	Otros neoplasmas malignos	Resto de C00-C97	Resto de 140-208
II	16	0210	Carcinoma in situ	D00-D09	230-234
II	17	0211	Neoplasma benigno de colon, recto y ano	D12	2113, 2114

Tabla F.1.3. **Listado internacional abreviado de tabulación de morbilidad hospitalaria (ISHMT) (contd.)**

ICD Capítulo	Grupo	Código	Título	Código CIE-10	Código CIE-9
II	18	0212	Leiomioma de útero	D25	218
II	19	0213	Otros neoplasmas benignos y neoplasmas de conducta desconocida o incierta	Resto de D00-D48	Resto de 210-239
III		0300	Enfermedades de la sangre y de los órganos que forman la sangre y determinados desórdenes del mecanismo inmune	D50-D89	135, 2790-2793, 2798, 2799*, 280-288*, 2890*, 2894-2899*
III	20	0301	Anemias	D50-D64	280-285
III	21	0302	Otras enfermedades de la sangre y de los órganos que forman la sangre y determinados desórdenes del mecanismo inmune	D65-D89	135, 2790-2793, 2798, 2799*, 286-288*, 2890*, 2894-2899*
IV		0400	Enfermedades endocrinas, metabólicas y de la nutrición	E00-E90	240-278
IV	22	0401	Diabetes melitus	E10-E14	250
IV	23	0402	Otras enfermedades endocrinas, metabólicas y de la nutrición	resto de E00-E90	Resto de 240-278
V		0500	Trastornos mentales y de la conducta	F00-F99	290-319
V	24	0501	Demencia	F00-F03	2900-2902, 2904-2909, 2941
V	25	0502	Trastornos mentales y de la conducta debido al alcohol	F10	291, 303, 3050
V	26	0503	Trastornos mentales y de la conducta debido al uso de otras sustancias psicoactivas.	F11-F19	292, 2940, 304, 3051-3059
V	27	0504	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y delusional	F20-F29	295, 2970-2973, 2978-2979, 2983-2989
V	28	0505	Trastornos del humor [afectivo]	F30-F39	296, 2980, 3004, 3011, 311
V	29	0506	Otros trastornos mentales y de la conducta	Resto de F00-F99	Resto de 290-319
VI		0600	Enfermedades del sistema nervioso	G00-G99	320-359, 435
VI	30	0601	Alzheimer	G30	3310
VI	31	0602	Esclerosis múltiple	G35	340
VI	32	0603	Epilepsia	G40-G41	345
VI	33	0604	Ataques isquémicos cerebrales transitorios y síndromes relacionados	G45	435
VI	34	0605	Otras enfermedades del sistema nervioso	Resto de G00-G99	Resto de 320-359
VII		0700	Enfermedades de los ojos y anexos	H00-H59	360-379
VII	35	0701	Catarata	H25-H26, H28	366
VII	36	0702	Otras enfermedades de los ojos y anexos	Resto de H00-H59	Resto de 360-379
VIII	37	0800	Enfermedades de los oídos y procesos mastoides	H60-H95	380-389
IX		0900	Enfermedades del sistema circulatorio	I00-I99	2891-2893*, 390-459 excepto 435, 446 y 4590*
IX	38	0901	Enfermedades de hipertensión	I10-I15	401-405
IX	39	0902	Angina de pecho	I20	413; ICD-9-CM: 4111*, 413*

Tabla F.1.3. **Listado internacional abreviado de tabulación de morbilidad hospitalaria (ISHMT) (contd.)**

ICD Capítulo	Grupo	Código	Título	Código CIE-10	Código CIE-9
IX	40	0903	Infarto de miocardio agudo	I21-I22	410
IX	41	0904	Otras cardiopatías	I23-I25	411-412, 414; ICD-9-CM: 4110*, 4118*, 412*, 414*
IX	42	0905	Cardiopatía pulmonar & enfermedades de la circulación pulmonar	I26-I28	415-417
IX	43	0906	Trastornos de conducción y arritmias cardíacas	I44-I49	426, 427
IX	44	0907	Insuficiencia cardíaca	I50	428
IX	45	0908	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	430-434, 436-438
IX	46	0909	Aterosclerosis	I70	440
IX	47	0910	Venas varicosas de las extremidades inferiores	I83	454
IX	48	0911	Otras enfermedades del sistema circulatorio	Resto de I00-I99	2891-2893*, resto de 390-459 excepto 435, 446 y 4590*
X		1000	Enfermedades del sistema respiratorio	J00-J99	0340, 460-519
X	49	1001	Infecciones agudas del sistema respiratorio superior y gripe	J00-J11	0340, 460-465, 487; ICD-9-CM: 0340*, 460-465, 487, 488*
X	50	1002	Neumonía	J12-J18	480-486
X	51	1003	Otras infecciones agudas del sistema respiratorio inferior	J20-J22	466 (infecciones agudas del sistema respiratorio inferior que no sean bronquitis, bronquiolitis aguda y neumonía no se separaron en CIE-9, no J22 equivalente)
X	52	1004	Enfermedades crónicas de amígdalas y adenoides	J35	474
X	53	1005	Otras enfermedades del tracto respiratorio superior	J30-J34, J36-J39	470-473, 475-478
X	54	1006	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasias	J40-J44, J47	490-492, 494, 496; ICD-9-CM: 490-492, 4932*, 494, 496
X	55	1007	Asma	J45-J46	493; ICD-9-CM: 4930*, 4931*, 4938*, 4939*
X	56	1008	Otras enfermedades del sistema respiratorio	J60-J99	Resto de 460-519
XI		1100	Enfermedades del sistema digestivo	K00-K93	520-579
XI	57	1101	Trastornos de los dientes y estructuras de apoyo	K00-K08	520-525
XI	58	1102	Otras enfermedades de la cavidad bucal, glándulas salivares y mandíbulas	K09-K14	526-529
XI	59	1103	Enfermedades del esófago	K20-K23	530
XI	60	1104	Úlcera péptica	K25-K28	531-534
XI	61	1105	Dispepsia y otras enfermedades del estómago y duodeno	K29-K31	535-537
XI	62	1106	Enfermedades del apéndice	K35-K38	540-543
XI	63	1107	Hernia inguinal	K40	550
XI	64	1108	Otras hernias abdominales	K41-K46	551-553
XI	65	1109	Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn	K50-K51	555, 556
XI	66	1110	Otras gastroenteritis no infecciosa y colitis	K52	558

Tabla F.1.3. **Listado internacional abreviado de tabulación de morbilidad hospitalaria (ISHMT) (contd.)**

ICD Capítulo	Grupo	Código	Título	Código CIE-10	Código CIE-9
XI	67	1111	Íleo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	K56	560
XI	68	1112	Enfermedad diverticular del intestino	K57	562
XI	69	1113	Enfermedades del ano y recto	K60-K62	565, 566, 5690-5694
XI	70	1114	Otras enfermedades del intestino	K55, K58-K59, K63	557, 564, 5695, 5698, 5699
XI	71	1115	Enfermedad del hígado alcohólico	K70	5710-5713
XI	72	1116	Otras enfermedades del hígado	K71-K77	570, 5714-573
XI	73	1117	Colelitiasis	K80	574
XI	74	1118	Otras enfermedades de la vesícula y el tracto biliar	K81-K83	575, 576
XI	75	1119	Enfermedades del páncreas	K85-K87	577
XI	76	1120	Otras enfermedades del sistema digestivo	Resto de K00-K93	Resto de 520-579
XII		1200	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	L00-L99	680-709
XII	77	1201	Infecciones de la piel y tejido subcutáneo	L00-L08	680-686
XII	78	1202	Dermatitis, eczema y trastornos papiloescamosos	L20-L45	690-693, 6943, 696-6983, 6988, 6989
XII	79	1203	Otras enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	Resto de L00-L99	Resto de 680-709
XIII		1300	Enfermedades del sistema musculoesquelético y tejido conectivo	M00-M99	0993, 1361, 2794, 446, 710-739
XIII	80	1301	Coxartrosis [artrosis de cadera]	M16	No era un concepto en la CIE-9 a nivel de cuatro dígitos. Solo se puede definir utilizando un quinto dígito en 715, es decir 715.15, 715.25, 715.35 y 715.95
XIII	81	1302	Gonartrosis [artrosis de rodilla]	M17	No era un concepto en CIE-9 en el nivel de cuatro dígitos. Solo se puede definir utilizando un sector en 715, es decir 715.16, 715.26, 715.36 y 715.96
XIII	82	1303	Lesión interna de la rodilla	M23	717
XIII	83	1304	Otras artropatías	M00-M15, M18-M22, M24-M25	0993, 711-716, 718, 719, 7271*, 7284*
XIII	84	1305	Trastornos del tejido conectivo sistémico	M30-M36	1361, 2794, 446, 710, 725, 7285
XIII	85	1306	Dorsopatías deformantes y espondilopatías	M40-M49	720, 721, 7230, 7235*, 7240, 737
XIII	86	1307	Trastornos de los discos intervertebrales	M50-M51	7220-7227*, 7229*
XIII	87	1308	Dorsalgia	M54	7231, 7234, 7236, 7241-7243, 7245
XIII	88	1309	Trastornos del tejido blando	M60-M79	726*, 7270*, 7272-7279*, 7280-7283, 7286-7289, 729
XIII	89	1310	Otros trastornos del sistema musculoesqueléticos y tejido conectivo	M53, M80-M99	Resto de 710-739
XIV		1400	Enfermedades del sistema genitourinario	N00-N99	0994, 580-5996, 5998-629, 7880
XIV	90	1401	Enfermedades glomerulares y túbulo-intersticial renal	N00-N16	580-5834, 5838, 5839, 5900-5902, 5908, 5909, 591, 5933-5935, 5937, 5996

Tabla F.1.3. **Listado internacional abreviado de tabulación de morbilidad hospitalaria (ISHMT) (contd.)**

ICD Capítulo	Grupo	Código	Título	Código CIE-10	Código CIE-9
XIV	91	1402	Fallos renales	N17-N19	5836, 5837, 584-586
XIV	92	1403	Urolitiasis	N20-N23	592, 594, 7880
XIV	93	1404	Otras enfermedades del sistema urinario	N25-N39	0994, 587-589, 5903, 5930-5932, 5936, 5938, 5939, 595-597, 5980, 5981, 5988, 5989, 5990-5995, 5998, 5999, 6256
XIV	94	1405	Hiperplasia de próstata	N40	600
XIV	95	1406	Otras enfermedades de los órganos genitales masculinos	N41-N51	601-608
XIV	96	1407	Trastornos de pechos	N60-N64	610, 611
XIV	97	1408	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos de la mujer	N70-N77	614-616
XIV	98	1409	Estados menstruales, menopáusicos y otros estados genitales de la mujer	N91-N95	6250-6255, 6258-627
XIV	99	1410	Otros trastornos del sistema genitourinario	Resto de N00-N99	Resto de 580-629 excepto 5997*
XV		1500	Embarazo, parto y puerperio	000-099	630-676 (no exactamente equivalente a códigos de CIE-9 de tres fases); CIE-9-CM: 630-677* (no exactamente equivalente a códigos de CIE-9 de tres fases)
XV	100	1501	Aborto médico	004	635
XV	101	1502	Otros embarazos con resultado de aborto	000-003, 005-008	630-634, 636-639
XV	102	1503	Complicaciones de embarazo sobre todo en período antenatal	010-048	640-646, 651-659
XV	103	1504	Complicaciones de embarazo sobre todo durante el parto	060-075	660-668, 6690-6694, 6698, 6699
XV	104	1505	Parto simple espontáneo	080	650
XV	105	1506	Otros partos	081-084	6695, 6696, 6697
XV	106	1507	Complicaciones relacionadas sobre todo con el puerperio	085-092	670-676
XV	107	1508	Otras enfermedades obstétricas	094*, 095-099	647, 648; ICD-9-CM: 647*, 648*, 677*
XVI		1600	Algunas enfermedades de origen perinatal	P00-P96	760-779
XVI	108	1601	Trastornos relacionados con la gestación corta y poco peso en el nacimiento	P07	765
XVI	109	1602	Otras enfermedades de origen perinatal	Resto de P00-P96	Resto de 760-779
XVII	110	1700	Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	Q00-Q99	740-759
XVIII		1800	Síntomas, signos y resultados anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	R00-R99	780-799 excepto 7880, pero incluido 4590* y 5997
XVIII	111	1801	Dolor en garganta y pecho	R07	7841, 7865
XVIII	112	1802	Dolor pélvico y abdominal	R10	7890
XVIII	113	1803	Causas desconocidas y no específicas de la movilidad (incl. las que no están diagnosticadas)	R69	7999

Tabla F.1.3. **Listado internacional abreviado de tabulación de morbilidad hospitalaria (ISHMT) (contd.)**

ICD Capítulo	Grupo	Código	Título	Código CIE-10	Código CIE-9
XVIII	114	1804	Otros síntomas, signos y resultados anormales clínicos y de laboratorio	Resto de R00-R99	Resto de 780-799 excepto 7880, pero incluido 4590* y 5997
XIX		1900	Lesiones, intoxicaciones y otras consecuencias de causas externas	S00-T98	800-999
XIX	115	1901	Lesión intracraneal	S06	8001-8004, 8006-8009, 8011-8014, 8016-8019, 8031-8034, 8036-8039, 8041-8044, 8046-8049, 850-854 (la definición incluye los códigos CIE-9-CM pertinentes).
XIX	116	1902	Otras lesiones en la cabeza	S00-S05, S07-S09	8000, 8005, 8010, 8015, 802, 8030, 8035, 8040, 8045, 830, 870-873, 900, 910, 918, 920, 921, 925, 950*, 951* (la definición incluye los códigos CIE-9-CM pertinentes.)
XIX	117	1903	Fractura del antebrazo	S52	813
XIX	118	1904	Fractura de fémur	S72	820, 821
XIX	119	1905	Fractura de la parte inferior de la pierna, incluido el tobillo	S82	823, 824
XIX	120	1906	Otras lesiones	S10-S51, S53-S71, S73-S81, S83-T14, T79	805-812, 814-819, 822, 825-829, 831-848, 860-869, 874-897, 901-904, 911-917, 919, 922-924, 926-929*, 952-959*
XIX	121	1907	Quemaduras y corrosiones	T20-T32	940-949
XIX	122	1908	Intoxicaciones por drogas, medicamentos y sustancias biológicas y efectos tóxicos que no son medicinas	T36-T65	960-989
XIX	123	1909	Complicaciones en atención médica y quirúrgica no clasificadas en otra parte	T80-T88	996-999
XIX	124	1910	Secuelas de las lesiones, de intoxicaciones y otras consecuencias de causas externas	T90-T98	905-909
XIX	125	1911	Otros efectos no especificados de causas externas	Resto de S00-T98	930-939*, 990-995
XXI		2100	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	Z00-Z99	V01-V82
XXI	126	2101	Observación y evaluación médica de enfermedades y estados sospechosos	Z03	V710-V712*, V717-V719*
XXI	127	2102	Tratamiento anticonceptivo	Z30	V25
XXI	128	2103	Nacimientos vivos según el lugar de nacimiento ("nacimientos sanos")	Z38	V30-V39
XXI	129	2104	Otro tipo de atención médica (incluidas las sesiones de radioterapia y quimioterapia)	Z51	V071, V58
XXI	130	2105	Otros factores que influyen el estado de la salud y contacto con los servicios de salud	Resto de Z00-Z99	Resto de V01-V82
		0000	Todas las causas	A00-Z99 (excluidos códigos V, W, X e Y)	001-V82 (excluidos E800-E999)

Fuente: OMS (2005d)

Tabla F.1.4. **Carga Global de la Enfermedad (GBD)**

Código	Nombre de la causa de la GBD	Código CIE-9	Código CIE-10
U000	Todas las causas		
U001	I. Enfermedades contagiosas, maternas, perinatales y de la nutrición^a	001-139, 243, 260-269, 279.5, 280-281, 285.9, 320-323, 381-382, 460-465, 466, 480-487, 614-616, 630-676, 760-779	A00-B99, G00-G04, N70-N73, J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66, O00-O99, P00-P96, E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-64
U002	A. Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-139, 279.5, 320-323, 614-616, 771.3	A00-B99, G00, G03-G04, N70-N73
U003	1. Tuberculosis	010-018, 137	A15-A19, B90
U004	2. Enfermedades de transmisión sexual, excluidas el VIH/SIDA	090-099, 614-616	A50-A64, N70-N73
U005	a. Sífilis	090-097	A50-A53
U006	b. Clamidia	—	A55-A56
U007	c. Gonorrea	098	A54
U008	d. Otras enfermedades de transmisión sexual	099, 614-616	A57-A64, N70-N73
U009	3. VIH/SIDA	279.5 (3042-044)	B20-B24
U010	4. Enfermedades diarreicas	001, 002, 004, 006-009	A00, A01, A03, A04, A06-A09
U011	5. Enfermedades de la infancia	032, 033, 037, 045, 055, 138, 771.3	A33-A37, A80, B05, B91
U012	a. Pertusis	033	A37
U013	b. Poliomieltis	045, 138	A80, B91
U014	c. Difteria	032	A36
U015	d. Sarampión	055	B05
U016	e. Tétanos	037, 771.3	A33-A35
U017	6. Meningitis	036, 320-322	A39, G00, G03
U018	7. Hepatitis B	070.2-070.9	B16-B19 (menos B17.1, B18.2)
U019	Hepatitis C	—	B17.1, B18.2
U020	8. Malaria	084	B50-B54
U021	9. Enfermedades tropicales	085, 086, 120, 125.0, 125.1, 125.3	B55-B57, B65, B73, B74.0-B74.2
U022	a. Tripanosomiasis	086.3, 086.4, 086.5,	B56
U023	b. Enfermedad de Chagas	086.0, 086.1, 086.2, 086.9	B57
U024	c. Esquistosomiasis	120	B65
U025	d. Leishmaniosis	085	B55
U026	e. Elefantiasis	125.0, 125.1	B74.0-B74.2
U027	f. Oncocercosis	125.3	B73
U028	10. Lepra	030	A30
U029	11. Dengue	061	A90-A91
U030	12. Encefalitis japonesa	062.0	A83.0
U031	13. Tracoma	076	A71
U032	14. Infecciones por nematodo	126-129	B76-B81
U033	a. Ascariasis	127.0	B77
U034	b. Tricuriasis	127.3	B79
U035	c. Anquilostoma (Anquilostomiasis y necatoriasis)	126	B76
U036	Otras infecciones intestinales	127.1, 127.2, 127.4-127.9, 128, 129	B78, B80, B81

Tabla F.1.4. **Carga Global de la Enfermedad (GBD) (contd.)**

Código	Nombre de la causa de la GBD	Código CIE-9	Código CIE-10
U037	Otras enfermedades infecciosas	003, 005, 020-027, 031, 034, 035, 038-041, 046-049, 050-054, 056-057, 060, 062.1-066, 070.0-070.1, 071-075, 077-079, 080-083, 087-088, 100-104, 110-118, 121-124, 125.2, 125.4, 125.5, 125.6, 125.7, 125.9, 130-136, 139, 323	A02, A05, A20-A28, A31, A32, A38, A40-A49, A65-A70, A74-A79, A81, A82, A83.1-A83.9, A84-A89, A92-A99, B00-B04, B06-B15, B25-B49, B58-B60, B64, B66-B72, B74.3-B74.9, B75, B82-B89, B92-B99, G04
U038	B. Infecciones respiratorias	460-466, 480-487, 381-382	J00-J06, J10-J18, J20-J22, H65-H66
U039	1. Infecciones del sistema respiratorio inferior	466, 480-487	J10-J18, J20-J22
U040	2. Infecciones del sistema respiratorio superior	460-465	J00-J06
U041	3. Otitis media	381-382	H65-H66
U042	C. Afecciones maternas	630-676	O00-O99
U043	1. Hemorragia materna	640, 641, 666	O44-O46, O67, O72
U044	2. Sepsis materna	670	O85-O86
U045	3. Trastornos hipertensos del embarazo	642	O10-O16
U046	4. Parto obstaculizado	660	O64-O66
U047	5. Aborto	630-639	O00-O07
U048	Otras afecciones maternas	643-659, 661-665, 667-669, 671-676	O20-O43, O47-O63, O68-O71, O73-O75, O87-O99
U049	D. Enfermedades durante el período perinatal	760-779 (menos 771.3)	P00-P96
U050	1. Recién nacidos de bajo peso	764-765	P05-P07
U051	2. Asfalia y trauma en el nacimiento	767-770	P03, P10-P15, P20-P29
U052	Otras enfermedades perinatales	760-763, 766, 771 (menos 771.3), 772-779	P00-P02, P04, P08, P35-P96
U053	E. Deficiencias de la nutrición	243, 260-269, 280-281, 285.9	E00-E02, E40-E46, E50, D50-D53, D64.9, E51-E64
U054	1. Malnutrición proteinoenergética	260-263	E40-E46
U055	2. Carencia de yodo	243	E00-E02
U056	3. Carencia de vitamina A	264	E50
U057	4. Anemia y carencia de hierro	280, 285.9	D50, D64.9
U058	Otros trastornos de la nutrición	265-269, 281	D51-D53, E51-E64
U059	II. Enfermedades no contagiosas ^a	140-242, 244-259, 270-279 (menos 279.5), 282-285 (menos 285.9), 286-319, 324-380, 383-459, 470-478, 490-611, 617-629, 680-759	C00-C97, D00-D48, D55-D64 (menos D 64.9) D65-D89, E03-E07, E10-E16, E20-E34, E65-E88, F01-F99, G06-G98, H00-H61, H68-H93, I00-I99, J30-J98, K00-K92, N00-N64, N75-N98, L00-L98, M00-M99, Q00-Q99
U060	A. Neoplasmas malignos	140-208	C00-C97
U061	1. Cánceres de boca y orofaríngeos ^b	140-149	C00-C14
U062	2. Cáncer del esófago ^b	150	C15
U063	3. Cáncer de estómago ^b	151	C16
U064	4. Cáncer de colon y rectal ^b	153-154	C18-C21
U065	5. Cáncer de hígado	155	C22
U066	6. Cáncer de páncreas	157	C25
U067	7. Cáncer de traquea, bronquio y pulmón	162	C33-C34
U068	8. Melanoma y otros cánceres de piel ^b	172-173	C43-C44

Tabla F.1.4. **Carga Global de la Enfermedad (GBD) (contd.)**

Código	Nombre de la causa de la GBD	Código CIE-9	Código CIE-10
U069	9. Cáncer de mama ^b	174-175	C50
U070	10. Cáncer de cuello de útero ^b	180	C53
U071	11. Cáncer del cuerpo del útero ^b	179, 182	C54-C55
U072	12. Cáncer de ovarios	183	C56
U073	13. Cáncer de próstata ^b	185	C61
U074	14. Cáncer de vejiga ^b	188	C67
U075	15. Linfomas y mieloma múltiple ^b	200-203	C81-C90, C96
U076	16. Leucemia ^b	204-208	C91-C95
U077	Otros neoplasmas malignos ^b	152, 156, 158-161, 163-171, 181, 184, 186-187, 189-199	C17, C23, C24, C26-C32, C37-C41, C45-C49, C51, C52, C57-C60, C62-C66, C68-C80, C97
U078	B. Otros neoplasmas	210-239	D00-D48
U079	C. Diabetes mellitus	250	E10-E14
U080	D. Trastornos endocrinos	240-242, 244-246, 251-259, 270-279 (menos 274, 279.5), 282-285 (menos 285.9), 286-289	D55-D64 (menos D64.9), D65-D89, E03-E07, E15-E16, E20-E34, E65-E88
U081	E. Enfermedades neuropsiquiátricas	290-319, 324-359	F01-F99, G06-G98
U082	1. Trastornos depresivos unipolares	296.1, 311	F32-F33
U083	2. Trastornos afectivos bipolares	296 (menos 296.1)	F30-F31
U084	3. Esquizofrenia	295	F20-F29
U085	4. Epilepsia	345	G40-G41
U086	5. Trastornos por el uso del alcohol	291, 303, 305.0	F10
U087	6. Alzheimer y otras demencias	290, 330, 331	F01, F03, G30-G31
U088	7. Parkinson	332	G20-G21
U089	8. Esclerosis múltiple	340	G35
U090	9. Trastornos por consumo de drogas	304, 305.2-305.9	F11-F16, F18-F19
U091	10. Trastornos de estrés postraumático	308-309	F43.1
U092	11. Trastorno compulsivo obsesivo	300.3	F42
U093	12. Trastorno de pánico	300.2	F40.0, F41.0
U094	13. Insomnio (primario)	307.4	F51
U095	14. Migrañas	346	G43
U096	15. Retraso mental, provocado por plomo	317-319	F70-F79
U097	Otros trastornos neuropsiquiátricos	292-294, 297-300.1, 300.4-302, 305.1, 306-307 (menos 307.4), 310, 312-316, 324-326, 333-337, 341-344, 347-349, 350-359	F04-F09, F17, F34-F39, F401-F409, F411-F419, F43 (menos F43.1), F44-F50, F52-F69, F80-F99, G06-G12, G23-G25, G36, G37, G44-G98
U098	F. Enfermedades de los órganos de los sentidos	360-380, 383-389	H00-H61, H68-H93
U099	1. Glaucoma	365	H40
U100	2. Cataratas	366	H25-H26
U101	3. Trastornos de la visión relacionados con la edad	367.4	H524
U102	4. Pérdida de la capacidad auditiva en adultos	389	H90-H91
U103	Otras alteraciones en los órganos de los sentidos	360-364, 367-380 (menos 367.4), 383-388	H00-H21, H27-H35, H43-H61 (menos H524), H68-H83, H92-H93
U104	G. Enfermedades cardiovasculares	390-459	I00-I99

Tabla F.1.4. **Carga Global de la Enfermedad (GBD) (contd.)**

Código	Nombre de la causa de la GBD	Código CIE-9	Código CIE-10
U105	1. Enfermedad reumática del corazón	390-398	I01-I09
U106	2. Enfermedad hipertensiva del corazón	401-405	I10-I13
U107	3. Cardiopatía isquémica ^c	410-414	I20-I25
U108	4. Enfermedad cerebrovascular	430-438	I60-I69
U109	5. Enfermedades inflamatorias del corazón	420, 421, 422, 425	I30-I33, I38, I40, I42
U110	Otras enfermedades cardiovasculares ^c	415-417, 423-424, 426-429, 440-448, 451-459	I00, I26-I28, I34-I37, I44-I51, I70-I99
U111	H. Enfermedades respiratorias	470-478, 490-519	J30-J98
U112	1. Enfermedad pulmonar crónica obstrusiva	490-492, 495-496	J40-J44
U113	2. Asma	493	J45-J46
U114	Otras enfermedades respiratorias	470-478, 494, 500-508, 510-519	J30-J39, J47-J98
U115	I. Enfermedades digestivas	530-579	K20- K92
U116	1. Enfermedad úlcera péptica	531-533	K25-K27
U117	2. Cirrosis del hígado	571	K70, K74
U118	3. Apendicitis	540-543	K35-K37
U119	Otras enfermedades digestivas	530, 534-537, 550-553, 555-558, 560-570, 572-579	K20-K22, K28-K31, K38, K40-K66, K71-K73, K75-K92
U120	J. Enfermedades genitourinarias	580-611, 617-629	N00-N64, N75-N98
U121	1. Nefritis y nefrosis	580-589	N00-N19
U122	2. Hipertrofia prostática benigna	600	N40
U123	Otras enfermedades del sistema genitourinario	590-599, 601-611, 617-629	N20-N39, N41-N64, N75-N98
U124	K. Enfermedades de la piel	680-709	L00-L98
U125	L. Enfermedades musculoesqueléticas	710-739, 274	M00-M99
U126	1. Artritis reumatoide	714	M05-M06
U127	2. Osteoartritis	715	M15-M19
U128	3. Gota	274	M10
U129	4. Dolor en la parte baja de la espalda	720-724 (menos 721.1, 722.0, 722.4)	M45-M48, M54 (menos M54.2)
U130	Otras alteraciones musculoesquelética	710-713, 716-719, 721.1, 722.0, 722.4, 723, 725-739	M00-M02, M08, M11-M13, M20-M43, M50-M53, M54.2, M55-M99
U131	M. Anomalías congénitas	740-759	Q00-Q99
U132	1. Defectos de la pared abdominal	756.7	Q79.2-Q79.5
U133	2. Anencefalia	740.0	Q00
U134	3. Atresia anorectal	751.2	Q42
U135	4. Labio leporino	749.1	Q36
U136	5. Fisura del paladar	749.0	Q35, Q37
U137	6. Atresia del esófago	750.3	Q39.0-Q39.1
U138	7. Agenesia renal	753.0	Q60
U139	8. Síndrome de Down	758.0	Q90
U140	9. Anomalías congénitas del corazón	745-747	Q20-Q28
U141	10. Espina bífida	741	Q05
U142	Otras anomalías congénitas	740.1, 740.2, 742-744, 748, 749.2, 750.0, 750.1, 750.2, 750.4-751.1, 751.3-751.9, 752, 753.1-753.9, 754, 755, 756.0-756.6, 756.8, 756.9, 757, 758.1-758.9, 759	Q01-Q04, Q06-Q18, Q30-Q34, Q38, Q392-Q399, Q40-Q41, Q43-Q56, Q61-Q78, Q790, Q791, Q796, Q798, Q799, Q80-Q89, Q91-Q99

Tabla F.1.4. **Carga Global de la Enfermedad (GBD) (contd.)**

Código	Nombre de la causa de la GBD	Código CIE-9	Código CIE-10
U143	N. Enfermedades de la boca	520-529	K00-K14
U144	1. Caries dentales	521.0	K02
U145	2. Enfermedad del periodonto	523	K05
U146	3. Edentulismo	—	—
U147	Otras enfermedades de la boca	520, 521.1-521.9, 522, 524-529	K00, K01, K03, K04, K06-K14
U148	III. Lesiones	E800-999	V01-Y89
U149	A. Lesiones no intencionadas^d	E800-949	V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89
U150	1. Accidentes de tráfico	E810-819, E826-829, E929.0	e
U151	2. Intoxicaciones	E850-869	X40-X49
U152	3. Caídas	E880-888	W00-W19
U153	4. Incendios	E890-899	X00-X09
U154	5. Ahogos	E910	W65-W74
U155	6. Otras lesiones no intencionadas	E800-E807, E820-E848, E870-E879, E900-E909, E911-E949	Resto de V, W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y86, Y88, Y89
U156	B. Lesiones intencionadas^d	E950-978, 990-999	X60-Y09, Y35-Y36, Y870, Y871
U157	1. Autolesiones	E950-959	X60-X84, Y870
U158	2. Violencia	E960-969	X85-Y09, Y871
U159	3. Guerra	E990-999	Y36
U160	Otras lesiones intencionadas	E970-E978	Y35

U160 Otras lesiones intencionadas E970-E978 Y35

a. Las muertes codificadas como "Síntomas, signos y estados mal definidos" (780-799 en CIE-9 y R00-R99 en CIE-10) se distribuyen de forma proporcional a todas las causas dentro del Grupo I y Grupo II.

b. Las muertes por cáncer codificadas en las categorías de la CIE como neoplasmas malignos en otros lugares o en lugares no especificados, incluidos los que no se puede determinar su origen, y neoplasmas secundarios y no especificados (CIE-10 C76, C80, C97 o CIE-9 195, 199) se prorratearon a lo largo de las categorías de neoplasmas malignos dentro de cada grupo de edad-sexo, por lo que la categoría "Otros neoplasmas malignos" incluye solo los neoplasmas malignos de otros sitios específicos.

c. Las muertes por cardiopatías isquémicas pueden estar mal codificadas en una serie de códigos cardiovasculares denominados "basura". Entre ellas se incluyen las cardiopatías, arritmias, aterosclerosis generalizada, descripciones mal definidas y complicaciones de enfermedades del corazón. La proporción de muertes codificadas debido a estas causas se redistribuyeron en cardiopatías isquémicas según describió Lozano y col. (2001). Los códigos CIE-9 pertinentes son 427.1, 427.4, 427.5, 428, 429.0, 429.1, 429.2, 429.9, 440.9; los códigos CIE-10 pertinentes son I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9, I70.9.

d. Muertes por accidentes en los que no se conoce la intención (E980-989 de CIE-9 y Y10-Y34, Y872 en CIE-10) se distribuyen de forma proporcional a todas las causas debajo del nivel del grupo de las lesiones.

e. Para países con datos de tres dígitos en la CIE-10, se usa: V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99. Para países con cuatro dígitos en la CIE-10, se usa: V01.1-V01.9, V02.1-V02.9, V03.1-V03.9, V04.1-V04.9, V06.1-V06.9, V09.2, V09.3, V10.4-V10.9, V11.4-V11.9, V12.3-V12.9, V13.3-V13.9, V14.3-V14.9, V15.4-V15.9, V16.4-V16.9, V17.4-V17.9, V18.4-V18.9, V19.4-V19.6, V20.3-V20.9, V21.3-V21.9, V22.3-V22.9, V23.3-V23.9, V24.3-V24.9, V25.3-V25.9, V26.3-V26.9, V27.3-V27.9, V28.3-V28.9, V29.4-V29.9, V30.4-V30.9, V31.4-V31.9, V32.4-V32.9, V33.4-V33.9, V34.4-V34.9, V35.4-V35.9, V36.4-V36.9, V37.4-V37.9, V38.4-V38.9, V39.4-V39.9, V40.4-V40.9, V41.4-V41.9, V42.4-V42.9, V43.4-V43.9, V44.4-V44.9, V45.4-V45.9, V46.4-V46.9, V47.4-V47.9, V48.4-V48.9, V49.4-V49.9, V50.4-V50.9, V51.4-V51.9, V52.4-V52.9, V53.4-V53.9, V54.4-V54.9, V55.4-V55.9, V56.4-V56.9, V57.4-V57.9, V58.4-V58.9, V59.4-V59.9, V60.4-V60.9, V61.4-V61.9, V62.4-V62.9, V63.4-V63.9, V64.4-V64.9, V65.4-V65.9, V66.4-V66.9, V67.4-V67.9, V68.4-V68.9, V69.4-V69.9, V70.4-V70.9, V71.4-V71.9, V72.4-V72.9, V73.4-V73.9, V74.4-V74.9, V75.4-V75.9, V76.4-V76.9, V77.4-V77.9, V78.4-V78.9, V79.4-V79.9, V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83.0-V83.3, V84.0-V84.3, V85.0-V85.3, V86.0-V86.3, V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, V99, Y850.

Fuente: Carga Global de la Enfermedad 2008, próximamente.

ANEXO G

Normas Internacionales y de Clasificaciones de Comercio y Turismo

Comercio Internacional en Servicios por Modo de Producción

Las estadísticas de comercio desempeñan un papel informativo importante para poder analizar los puntos fuertes y débiles de la economía, evaluar los impactos de las diferentes políticas e identificar las oportunidades que ofrecen los mercados. La Organización Mundial de la Salud, reconociendo el papel cada vez más importante del sector servicios, formalizó el Acuerdo General de Comercio en Servicios (GATS) en 1995, colocando los servicios en el eje central del comercio internacional. Además de las obligaciones generales que se aplican a todos los sectores de servicios de todos los miembros de la OMC, los países pueden elegir el sector y modo de provisión que desean abrir al mercado. GATS ha sido una fuerza impulsora importante para el desarrollo de estadísticas de provisión internacional de servicios,¹ que ha servido para generar una clasificación con cuatro modos diferentes de comercio en servicios. La provisión de servicios de salud puede producirse en cuatro de estos modos, aunque no todos son pertinentes a la hora de medir la actividad comercial en el Sistema de Cuentas de la Salud.

Hasta la fecha, los miembros de la OMC han formalizado compromisos limitados en los servicios de salud (Mattoo y col., 2007). Sin embargo, los servicios son una parte importante de las negociaciones comerciales multilaterales en curso, por lo que se espera una mayor liberalización en el futuro.

Los párrafos siguientes describen los cuatro modos de provisión del GATS, con referencia especial a los servicios de salud. El GATS establece también una clasificación que identifica los sectores y subsectores pertinentes para las negociaciones de comercio, más que para fines estadísticos. La clasificación conocida como GNS/W/120 contiene 12 categorías, incluyendo “Servicios sociales y relacionados con la salud”.

Modo 1: Producción transfronteriza

Modo 1 La “producción transfronteriza” se produce cuando un servicio se suministra “desde el territorio de un país miembro al territorio de cualquier otro país miembro”. Es

¹ Aunque el suministro de servicios de salud por organizaciones de la administración pública como los servicios nacionales de salud se incluyen en el SHA y SCN de comercio en servicios de salud, hay que tener en cuenta que el GATS no los cubre.

comparable al comercio de bienes, mediante el cual el producto se entrega en otro país y el consumidor y el proveedor están en sus respectivos territorios.

En el dominio de los servicios de salud, el Modo 1 puede adoptar formas diferentes: los teleservicios de salud² son el método más importante. Es el caso de un médico que hace diagnósticos médicos a un paciente por correo electrónico, internet o teléfono. Este tipo de servicios puede incluir servicios de telediagnóstico, telepatología, y telepsiquiatría y cubre la atención preventiva y curativa. El servicio se puede prestar en tiempo real (por ejemplo, a través de videoconferencia) o bien guardando los datos y enviando los resultados de forma posterior, lo que significa que el análisis se hace en un momento distinto en el tiempo. Por ejemplo, los hospitales de los Estados Unidos pueden enviar imágenes de radiografías a la India, para que las analicen los radiólogos (Pollack, 2003). Otra área pertinente para el SHA es la provisión del seguro de enfermedad por entidades no residentes.

Además de la provisión electrónica de servicios de salud, también incluye el envío de muestras de laboratorio, diagnóstico y consultas clínicas a través de canales de correo tradicional.

Modo 2: Consumo en el extranjero

El Modo 2 “Consumo en el extranjero” se produce cuando el servicio se suministra “en el territorio de un país miembro para que se consuma en otro país miembro”, es decir el consumidor o su propiedad están en el extranjero.

En teoría, todos los servicios de salud se pueden comprar en el extranjero; sin embargo, existen limitaciones prácticas, como la no portabilidad del seguro médico, o la capacidad del país que presta el servicio. Hasta la fecha, la parte de comercio en servicios de salud más evidente y más fácilmente identificable es cuando los pacientes viajan al extranjero para recibir tratamiento médico. Este fenómeno se denomina a veces “turismo de salud o médico”, lo que supone una mezcla de actividades de salud, bienestar y ocio. En algunos casos el objetivo puede ser de salud, pero también se abren oportunidades de visitar y conocer un país al tiempo que se reciben las atenciones. No obstante, en general el viaje se realiza por motivos exclusivos de salud por lo que lo más correcto es utilizar “viaje de salud (o médico)” o “movilidad de paciente”. En otros casos, los turistas o personas en viaje de negocios pueden ponerse enfermos o sufrir un accidente y necesitan atenciones médicas en el país de destino.

El tratamiento médico de las personas no residentes, es decir de las personas que viajan al extranjero al país de origen del proveedor, se puede incluir en la categoría de los que buscan:

- Tratamiento especializado o avanzado no disponible en el país de origen, por regla general son pacientes de países en vías de desarrollo que acuden a hospitales de los países industrializados, o países vecinos, con un nivel de salud superior;
- Un precio o calidad mejor que en su país, en general pacientes de países industrializados con mayor poder adquisitivo, que buscan tratamientos de alta calidad o de medicinas alternativas en países menos desarrollados.

² Existen en la actualidad una serie de alternativas: tele-medicina, e-medicina y e-salud.

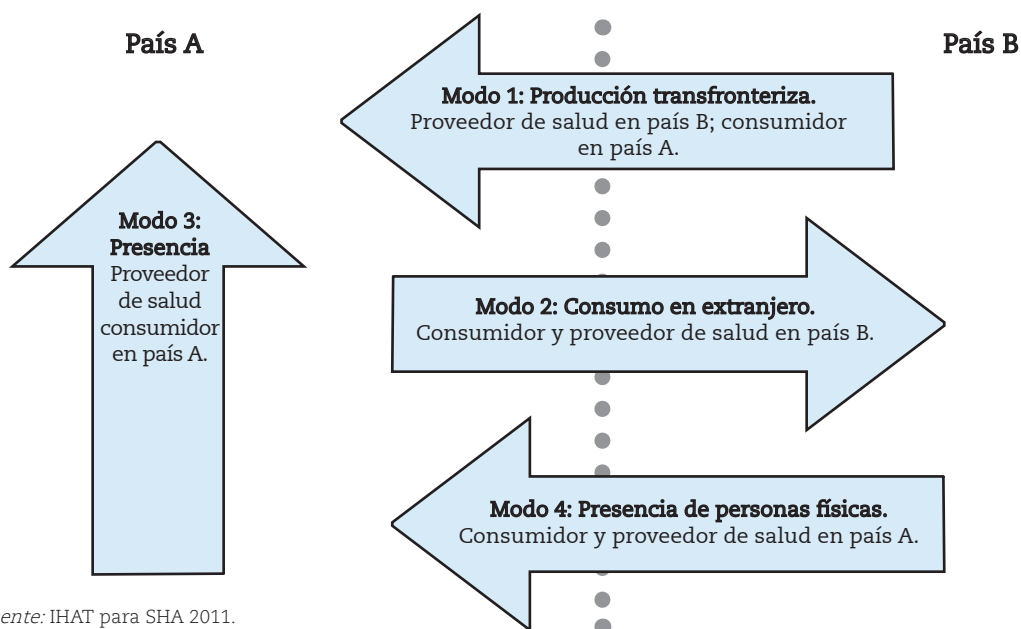
Modo 3: Presencia comercial

Modo 3 La “Presencia comercial” se produce a través del “suministro de un servicio de un proveedor de un país miembro, a través de la presencia comercial en el territorio de otro país miembro”. El GATS reconoce que a veces es necesario que los proveedores de servicios tengan presencia comercial en el extranjero para garantizar un contacto más estrecho con el cliente durante las distintas fases de producción, distribución, comercialización, venta y entrega, así como del servicio posventa. La presencia comercial en un mercado extranjero cubre no solo las personas jurídicas en términos estrictamente legales, sino también las entidades jurídicas que comparten las mismas características, como filiales y oficinas de representación, por ejemplo servicios médicos prestados en un hospital de capital extranjero.

La presencia comercial de un proveedor de salud extranjero mediante inversión de capital o filiales se encuadra en el modo 3. La presencia comercial está representada principalmente por las actividades del comercio de las filiales controladas desde el extranjero. Las compañías de salud en países industrializados y en vías de desarrollo están realizando cada vez más joint ventures y alianzas, cuyo resultado es la creación de redes y cadenas de servicios de salud.

Hay que tener en cuenta que la presencia comercial *no* se define como comercio en el SHA (o balanza de pagos).³ Sin embargo, podría ser de interés político para algunos países conocer los servicios prestados por el proveedor extranjero de salud en el territorio.

Gráfico G.1.1. **Los cuatro modos de oferta de comercio en servicios de salud definidos por el GATS**



Fuente: IHAT para SHA 2011.

³ La propiedad extranjera no es un criterio aplicado para determinar el estado de residencia de los proveedores de salud en el SHA. Por tanto, los proveedores de salud residentes de propiedad extranjera se clasifican en la categoría adecuada de proveedores internos, y los bienes y servicios de atención de salud consumidos se tratan de forma consecuente.

Modo 4: Presencia temporal de las personas físicas

El Modo 4 “Presencia temporal de las personas físicas” sucede cuando una persona está temporalmente presente en el territorio de una economía que no sea la propia para prestar un servicio comercial. El GATS define el Modo 4 como el suministro de un servicio por “un proveedor de servicios de un país miembro, a través de la presencia de personas físicas de un país miembro en el territorio de otro país miembro”. El Modo 4 en general comprende:

- Proveedores de servicios con contrato, tanto si los empleados son un proveedor de servicios extranjero o un autónomo;
- Transferidos entre empresas y asalariados extranjeros contratados directamente por empresas extranjeras;
- Vendedores de servicios que entran en el país anfitrión para establecer una relación contractual para un contrato de servicios, o personas responsables de establecer una presencia comercial.

A veces es difícil distinguir entre los proveedores de servicios que cumplen los criterios del modo 4 y los que no los cumplen. Sin embargo, hay que tener en cuenta que desde la perspectiva de la salud pública, es muy importante generar información sobre el movimiento de profesionales de la salud en el modo 4 y fuera del modo 4.

Entre los ejemplos cabe citar el desplazamiento de enfermeras, médicos, paramédicos, comadronas y otros profesionales de un país a otro para prestar servicios de salud. Los flujos de corta duración han sido consecuencia de estrategias conscientes para promover la exportación de servicios de salud y conseguir intercambio extranjero y fomentar la cooperación entre países.

Balanza de pagos y cuentas nacionales

La balanza de pagos es un informe estadístico que incluye las transacciones económicas de una economía con el resto del mundo. En términos generales, las transacciones de productos, servicios y rentas están en una cuenta corriente, mientras que la cuenta de capital y financiera muestra los flujos de recursos financieros. Los servicios se ordenan en 12 amplios componentes de servicios. El Sistema de Cuentas Nacionales 2008 y el BPM6 tienen una estructura conceptual común.

Manual de Estadísticas de Comercio Internacional de Servicios (MECIS)

Manual de Estadísticas de Comercio Internacional de Servicios (NU, 2010) se crea no sólo en torno a los requisitos del GATS sino también en torno a los conceptos básicos del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN 2008) y la balanza de pagos (BPM6). El MECIS incluye recomendaciones para medir el comercio internacional de servicios y por tanto sirve para medir el comercio en servicios en el Sistema de Cuentas de la Salud. El MECIS establece la Clasificación de Servicios Ampliada de la Balanza de Pagos (EBOPS 2010), que ofrece un mayor nivel de detalle que la clasificación de servicios BPM6 y que tiene tablas de correspondencia con las clasificaciones de

productos y ramas de actividad.⁴ El MECIS tiene mayor cobertura que el Sistema de Cuentas Nacionales, ya que permite identificar de forma separada los servicios prestados por empresas establecidas localmente, pero con control extranjero. Dichas transacciones se incluyen en las Estadísticas de Afiliados Extranjeros (FATS). Aunque esta información puede ser de importancia para las administraciones públicas y los responsables políticos, esta distinción entre proveedores de salud no se incluye en las tablas de comercio suplementario del SHA.

Dentro de la clasificación EBOPS 2010 (tabla G.1.1), los servicios de salud de las personas⁵ se separan en dos clases, dependiendo del modo de producción:

- 4.2.1. Viaje relacionado con la salud (correspondiente al modo 2 de GATS);
- 11.2.1. Servicios de salud (bien modo 1 o parte del modo 4).

Viaje relacionado con la salud

De las dos categorías, la más importante para la mayoría de los países es la de “viajes relacionados con la salud”; la naturaleza de la mayoría de los servicios de salud requiere que el paciente y el proveedor estén en un mismo lugar, lo que supone el desplazamiento de uno u otro. En este caso, es el desplazamiento del paciente al extranjero lo que se incluye en la partida “Viaje” (EBOPS 4). Cualquier servicio prestado como resultado de un desplazamiento de un proveedor no residente (temporal) a otro país, se incluiría en la categoría “Servicios de salud”.

El concepto de “Viaje” que forman parte de los servicios en MECIS y BPM6 difieren en la mayoría de los servicios ya que no se refieren a un producto específico. El viaje se define como los “bienes y servicios, para uso propio o para prestarlos, adquiridos en una economía, por no residentes durante visitas a la misma”. Cubre las estancias de cualquier duración, siempre que “no haya un cambio de residencia” (normalmente de menos de un año). Sin embargo, a diferencia de las estadísticas de turismo (véase sección siguiente), también incluye a estudiantes y pacientes con estancia superiores al año, así como el consumo de los trabajadores temporeros, fronterizos y otros que trabajan breves períodos de tiempo. Desde la perspectiva del SHA también es importante incluir los pagos de terceros, por ejemplo los costes médicos pagados o reembolsados por las administraciones públicas o las aseguradoras y en teoría la imputación de las transferencias sociales en especie, por ejemplo el gasto en consumo público o servicios de salud no de mercado.

Los viajes se desglosan en *Viajes de negocios* y *Viajes personales*. *Los viajes de negocios* cubren todos los bienes y servicios adquiridos por las personas cuyo propósito principal del viaje es de negocios. Incluye no sólo a los asalariados y los autónomos en viaje de negocios, sino también a trabajadores transfronterizos, temporeros o de períodos de corta duración. Por tanto, todos los gastos, incluidos bienes y servicios de salud, se incluirían en *Viajes de negocios*. Por otra parte, *Viaje personal* cubre los bienes y servicios adquiridos por personas que viajan al extranjero por cualquier otro motivo que no es de negocios. MECIS 2010 recomienda desglosar los viajes personales en tres subcomponentes, uno de los cuales es *relacionado con*

4 El MECIS es una tabla de correspondencia entre la clasificación EBOPS, CCP Ver. 2 y GNS/W/120 (una clasificación sectorial de servicios elaborada por la Secretaría del GATT a efectos de negociación comercial más que de clasificación estadística).

la salud. De esta forma, se mide el consumo de todos los bienes y servicios (es decir, comida, transporte, alojamiento, etc.) – no sólo los servicios de salud adquiridos – por las personas cuyo motivo principal del viaje es médico o relacionado con la salud.

Sin embargo, se recomienda desglosar el *Viaje* por productos, lo cual serviría para estar más en consonancia con los requisitos de las cuentas de la salud. Las subcategorías se pueden dividir en transporte local y alojamiento, y establecer una categoría de otros servicios relacionados con los viajes, con servicios de salud como sugerencia. Este desglose reuniría toda la información sobre el consumo de servicios de salud por los residentes en el extranjero, con independencia del motivo de su viaje. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que la compra de cualquier producto médico que hagan los viajeros no se incluiría en esta categoría.

Servicios de salud

Los *servicios de salud* forman una parte de la categoría de primer nivel de EBOPS “Otros servicios personales, culturales o recreativos” y es igual a CCP Ver. 2 Grupo 931 (y a la categoría 9321 Servicios residenciales de atención de salud que no sean en hospitales) que incluyen los servicios de salud prestados por hospitales, médicos, enfermeras y personal paramédico y similar, así como servicios de laboratorio y similares, tanto de forma remota (a través de la telemedicina o telediagnóstico) o in situ. Se incluyen los servicios de diagnóstico de imagenología, farmacéuticos, radiología y rehabilitación. Es igual que la provisión transfronteriza de servicios de salud (modo 1), pero incluye también la presencia de un proveedor de servicios de salud no residente en el territorio (modo 4). Hay que tener en cuenta que a diferencia de los servicios de salud en viajes, estos pueden incluir servicios prestados de proveedor-a-proveedor (es decir, servicios de diagnóstico de un laboratorio en un país a un laboratorio u hospital en otro) además de los servicios prestados directamente a un paciente. Esta es una distinción importante que se describe con más detalle en la sección de uso intermedio y final.

Cualquier servicio de salud suministrado por y para los gobiernos también se debe incluir en servicios de salud. En la práctica es posible que esos servicios no se puedan identificar de forma separada y que se incluyan en “Bienes y servicios públicos no especificados en otra parte (n.e.p)”. Esto puede ser pertinente para los servicios de salud prestados a embajadas o personal militar en el extranjero.

MECIS 2010 sugiere también grupos complementarios de las categorías EBOPS 2010, que incluye *C.8. Servicios de salud totales*, que agrega dos componentes:

- *Servicios de salud* (desglose de producto de *viaje*, *otros servicios*); y
- *Servicios de salud* (en servicios a personas, culturales y recreativos).

La notificación de este grupo complementario es un sustituto aproximado de lo que se requiere en servicios de salud en la estructura SHA. En principio se requerirían algunas partidas adicionales y ajustes relativos a los límites SHA.

Tabla G.1.1. **Servicios de salud en la clasificación EBOPS 2010**

Código	Descripción	
4 Viaje	4.1 Negocio	
	Adquisición de bienes y servicios por trabajadores de temporada y fronterizos	
	Otros	
	4.2 Personal	4.2.1 Relacionado con salud
		4.2.2 Relacionado educación
		4.2.3 Otro
11 Servicio personal, cultural y recreativo	11.1 Servicio audiovisual y servicios relacionados	
	11.2 Otros servicios personales, culturales y recreativos	11.2.1 Servicios de salud
		11.2.2 Servicios de educación
		11.2.3 Otros
<i>Grupos alternativos de EBOPS</i>		
<i>8 Servicios de salud = servicios de salud en viaje + servicios de salud en servicios personales, culturales y recreativos</i>		

Otras categorías EBOPS pertinentes

Para tener un mapa completo de la salud según los límites del SHA, hay que hacer referencia a otras categorías de EBOPS, como servicios comerciales, otros servicios a personas y servicios de seguros. Está claro que la clasificación EBOPS (y fuentes de datos) no es suficientemente detallada para la información sobre el gasto en salud.

En el caso del seguro, accidente y seguro médico para los no residentes que no se puedan identificar de forma separada en una subcategoría de *Otros seguros directos*. En teoría, los costos del servicio que se cobra a los titulares de la póliza de residentes asegurados en aseguradoras no residentes (y vice versa) se debe tener en cuenta cuando se calcula el gasto en salud (como componente de HC.7 Gobernanza, administración del financiamiento y del sistema de salud).

De forma similar, a pesar de la mayor utilización de servicios en el extranjero en áreas como gobernanza, planificación y administración (o investigación y desarrollo), no se garantiza una categorización explícita de *Servicios de negocio*.

Finalmente, debido a los límites del gasto en salud en el SHA, algunas áreas de la atención de personas relacionadas con partes de los servicios de atención a los ancianos y discapacitados no se consideran servicios de salud en la EBOPS y se incluyen en *Otros servicios a personas, culturales y recreativos n.e.p.*

Estadísticas de turismo y Cuenta Satélite de Turismo (CST)⁵

Las definiciones de comercio en bienes y servicios de salud en la estructura del SHA y los conceptos adoptados en la cuenta satélite de turismo muestran similitudes

⁵ Para poder comparar internacionalmente los datos sobre turismo, la Organización Mundial de Turismo (UNWTO) ha desarrollado unos conceptos, definiciones y clasificaciones básicas. Las Recomendaciones Internacionales de Estadísticas de Turismo 2008 (IRTS 2008) incluye una correlación con otras estadísticas económicas. El desarrollo de la Cuenta Satélite de Turismo analiza de forma detallada todos los aspectos de la demanda de bienes y servicios asociados al turismo. La Cuenta Satélite de Turismo: Estructura Metodológica Recomendada 2008 (TSA: RMF 2008) es una conexión entre las estadísticas de turismo y las tablas del SCN SNA 2008.

que pueden ser de utilidad para identificar las fuentes de información pertinentes. Primero y ante todo, el turismo es un fenómeno incluido en la parte de la demanda y que se refiere a las actividades de los visitantes y su función en la adquisición de bienes y servicios en diferentes ramas de actividad, incluidos los bienes y servicios de salud. El turismo, según se define en las estadísticas de turismo, no sólo incluye a las personas que están de viaje (en las condiciones que se explican más abajo) por motivos de vacaciones, ocio o recreativos, sino que también incluye a los que se desplazan por motivos de negocio, educación y, lo más importante, salud. Sin embargo, si el motivo de un viaje es el empleo, o conseguir ingresos, el viaje no se considera un viaje de turismo, y la persona no se puede considerar un visitante. Por tanto, en el caso de trabajadores temporeros y fronterizos, cualquier gasto en salud se excluiría de la Cuenta Satélite de Turismo.

Los conceptos de territorio económico y residencia se definen de la misma manera que en la balanza de pagos. Las estadísticas de turismo distinguen entre “el país de residencia” ciudadanía o nacionalidad. La nacionalidad o ciudadanía supone la emisión de un pasaporte o un carné de identidad; una persona puede ser residente en un país pero tener la nacionalidad en otro – o tener la doble nacionalidad en algunos casos. Esta puede ser una distinción importante en lo que se refiere a los servicios de salud en el extranjero, ya que gran parte del tráfico transfronterizo es el de personas que regresan a su país de origen a recibir tratamiento, país en el que tienen la nacionalidad. Además, las estadísticas existentes sobre los viajeros que se obtienen en las fronteras con frecuencia identifican sólo la nacionalidad (que pone en el pasaporte) en vez del país de residencia. Para las estadísticas de turismo y sobre todo para las cuentas de la salud, las personas se clasifican según su país de residencia.

El IRTS 2008 establece una clara distinción entre “viaje” y “viajeros” en el sentido de BoP, y “turismo” y “visitantes” – estos últimos siendo subgrupos de los primeros: dicha distinción se basa en el concepto de “entorno usual” (uno de los conceptos clave en las estadísticas de turismo). El propósito de introducir dicho concepto es excluir de la categoría de visitantes aquellos viajeros que se desplazan de forma periódica de un lugar de residencia a un lugar de trabajo o estudio, o que visitan lugares de forma frecuente para recibir servicios de salud, por ejemplo.

En relación con el país de referencia, se pueden distinguir las siguientes tres formas básicas de turismo:

- Turismo interno,⁶ que comprende actividades de un visitante interno dentro del país de referencia que forman parte de un viaje de turismo interno o parte de un viaje de turismo de salida;
- Turismo entrante, que comprende las actividades de un visitante no residente dentro del país de referencia en un viaje de turismo entrante;
- Turismo saliente, que comprende actividades de un visitante residente fuera del país de referencia, bien que forman parte de un viaje de turismo hacia el exterior o parte de un viaje de turismo interno.

⁶ Es importante destacar las diferencias en el uso de la palabra “interno”. En las estadísticas de turismo, “interno” se refiere a las actividades de los residentes dentro del país de residencia, mientras que en las cuentas nacionales y el SHA, “interno” se refiere a las actividades de los residentes, con independencia de dónde se produzcan. En las estadísticas de turismo, esto último se corresponde con “turismo nacional”.

Aunque los visitantes se dividen en residentes y no residentes a efectos de turismo interno y entrante, los visitantes no residentes son una categoría distinta de los no residentes en el extranjero. Por ejemplo, los trabajadores fronterizos que viven en Bélgica y cruzan de forma continua la frontera con Francia se excluirían de la categoría de visitantes, y cualquier gasto en bienes y servicios de salud que realicen en Francia no se incluiría en las cifras de consumo de turismo entrante en Francia. Existen algunas otras diferencias entre el alcance de las estadísticas de turismo y las de los no residentes utilizadas en el SHA, por ejemplo, refugiados, estudiantes y pacientes de larga duración (es decir, los que se quedan más de un año) que se excluyen de la categoría de visitantes.

La prioridad de la CST es dar información sobre el turismo interno, es decir medir el consumo de los visitantes entrantes e internos de la economía. El consumo de los residentes en el extranjero es una prioridad menor para la CST, ya que no existe un impacto directo en la economía de referencia. Por tanto, desde el punto de vista del SHA, la información procedente de la CST sobre el turismo entrante puede ser muy útil para identificar el consumo de servicios de salud de los no residentes, es decir, las exportaciones. El flujo de visitantes – en términos no monetarios – se puede dividir en visitantes y viajeros sin un motivo turístico. La clasificación estándar de un viaje de turismo según el motivo principal incluye una categoría: “atención médica y salud”.

Además de la medida tradicional de las características y actividades de los visitantes según los datos no monetarios, IRTS 2008 también se refiere a la medida del gasto del turismo definido como “la cantidad pagada por la adquisición de bienes y servicios de consumo, así como de objetos valiosos, para uso propio o para darlos, por motivos de turismo o durante el viaje de turismo. Incluye el gasto de los visitantes, así como los gastos que pagan o reembolsan terceros”. La medida amplia del consumo del turismo en la CST es un concepto más completo porque incluye también “los servicios asociados con alojamiento por cuenta propia, transferencias sociales en especie y otro consumo imputado”. A efectos de salud, esta distinción puede ser útil, ya que incluye, en teoría, el gasto en consumo público en servicios individuales no de mercado o productos que incluyen servicios sociales y de salud que se pueden considerar que benefician a los visitantes (transferencias sociales en especie).

La Cuenta Satélite de Turismo se organiza según los productos (utilizando las clasificaciones internacionalmente aprobadas de productos CCP Ver. 2) – es decir, los bienes y servicios consumidos por los visitantes. Sin embargo, dado que la clasificación de productos que consumen los turistas se basa en la información que facilitan los visitantes, la recopilación de los datos del gasto normalmente se basa en la finalidad, en este caso en la COICOP. En consecuencia, hay que adaptar los datos basados en la COICOP – una clasificación funcional – a la CGP – una clasificación de productos – que se puede vincular a productos (CCP) y actividades (CIU). Los productos de turismo se clasifican primero en categorías generales: productos de consumo y productos no de consumo. La primera categoría se divide en productos característicos de turistas (caracterizados por el hecho de que el gasto del turismo en las cuentas de productos representan una parte significativa del gasto total o una parte significativa del suministro del producto en la economía) y otros productos de

consumo. Los productos característicos del turismo se subdividen posteriormente en productos característicos del turismo comparables internacionalmente, en un listado normalizado de productos definidos en términos de la CCP Ver. 2, como servicios de alojamiento, comidas, bebidas y transporte. La otra subcategoría se refiere a productos característicos del turismo específicos del país, y ahí es donde los países pueden incluir productos que pueden ser especialmente importantes para ellos. Puede ser el caso de países en los que la promoción del turismo médico o de salud se considere un área importante y por tanto deseen incluir preguntas específicas en las encuestas de turismo, o elaborar encuestas específicas de proveedores de salud.⁷

Hay que tener en cuenta que una categoría específica de “atención médica y de salud” se corresponde más concretamente al motivo principal del viaje, y por tanto la compra ocasional de productos de salud y servicios de salud se puede asignar a productos de consumo no relacionados con el turismo.

Las tablas adicionales de la CST muestran cómo esta demanda del turismo se satisface con la producción interna y las importaciones así como con la conexión con la información no monetaria.

⁷ Por ejemplo, Suiza incluye de forma específica “Atención de salud” como un producto conectado al turismo en su Cuenta Satélite del Turismo (Swiss Federal Statistical Office, 2008).



Un Sistema de Cuentas de Salud

EDICIÓN 2011



Organización
Mundial de la Salud

