

Sistema de Cuentas de Salud

**Banco Interamericano de Desarrollo
Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos**

Con la colaboración de
**Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Banco Mundial
Organización Panamericana de la Salud**

Washington, DC
2002

La traducción de este libro al español es responsabilidad del Banco Interamericano de Desarrollo. Publicado originalmente en francés e inglés con los títulos:
Système de comptes de la santé © OECD, 2000
A System of Health Accounts ©OECD, 2000

Producido por la Sección de Publicaciones. Las opiniones expresadas en este libro no necesariamente reflejan los puntos de vista del BID.

**Cataloging-in-Publication data provided by the
Inter-American Development Bank
Felipe Herrera Library**

Sistema de cuentas : versión 1.0 / [por Manfred Huber].

p. cm. Includes bibliographical references.

ISBN: 1931003084

“El manual ha sido preparado por Manfred Huber”—prefacio.

1. Medical economics — Handbooks, manuals, etc. 2. Medical care – Finance – Handbooks, manuals, etc. 3. Medical care, Cost of. I. Inter-American Development Bank. II. Title.

362.1 G61--dc21

Sistema de Cuentas de Salud

©Banco Interamericano de Desarrollo, 2002

Esta publicación puede solicitarse a:

IDB Bookstore

1300 New York Avenue, NW

Washington, DC 20577

Estados Unidos de América

Tel. (202) 623-1753, Fax (202) 623-1709

1-877-782-7432

idb-books@iadb.org

www.iadb.org/pub

ISBN: 1-931003-08-4

Prólogo a la edición en español

La sistematización de la información sobre el flujo de recursos financieros a través del sistema de salud fue reconocida en 1963 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como herramienta poderosa para que los ministerios de salud administren mejor sus finanzas.

En las décadas siguientes algunos países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), principalmente los europeos y Estados Unidos, recogieron esta información en forma de cuentas nacionales de salud (CNS) como parte de sus esfuerzos analíticos para instrumentar las revisiones de sus políticas de salud. En América Latina y el Caribe el uso de CNS recibió, en los años noventa, fuerte impulso gracias a la asistencia técnica y financiera de organizaciones tales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID).

La nueva disponibilidad de información ha permitido mejorar la adecuación financiera de programas de salud y los debates en torno a las prioridades y los beneficios asociados a ellos. Por ejemplo, los nuevos datos han mostrado que en la mayoría de los países de América Latina el gasto privado en servicios de atención sanitaria es mayor que el público. Ello ha puesto de relieve la urgencia de diseñar políticas nacionales de salud que reconozcan el papel de los proveedores privados y aumenten la función del Estado en la regulación de esos servicios. La información también ha servido para definir la política sanitaria en países tales como Guatemala, donde ayuda a vigilar el cumplimiento de los Acuerdos de Paz, y en México, donde ayuda al gobierno a identificar desigualdades en la distribución geográfica de los recursos públicos para la salud.

Reconociendo el valor de esta información en la promoción de una mejor administración de los programas de salud, el BID, la OPS, el Banco Mundial y la AID comenzaron a coordinar sus actividades explícitamente en 1997. Esta colaboración fue formalizada en junio del 2000 en el acuerdo “Agenda compartida para la salud en las Américas”. Estos organismos han desarrollado modelos de cooperación, que incluyen a otras agencias, para el establecimiento y perfeccionamiento continuado de estándares internacionales que mejorarán la calidad y comparabilidad de las CNS para beneficio de todos. También promoverán, en los casos solicitados, la adecuada asistencia técnica y financiera para su implantación.

El BID se honra en ofrecer la traducción al español de esta publicación de la OCDE. *Sistema de Cuentas de Salud* representa un esfuerzo por sistematizar categorías y marcos para una “contabilidad nacional de la salud” y sirve como referencia para el desarrollo de definiciones, conceptos y códigos compartidos. Conjuntamente con nuestros socios, esperamos que dé vigor adicional a la institucionalización de la recolección de datos sobre cuentas de salud y a la mejora de la política de salud pública.

Carlos M. Jarque

Gerente

Departamento de Desarrollo Sostenible

Banco Interamericano de Desarrollo

Prefacio

La atención de la salud se ha convertido en una de las mayores ramas de actividad de los países de la OCDE y en una de las más dinámicas en cuanto a creación de empleo e innovación. En la mayoría de los países de la OCDE se han alcanzado logros impresionantes en la mejora de la situación sanitaria de la población y la cobertura universal. No obstante, la adecuación de los recursos y de su utilización actual y la mejor forma de incrementar la equidad, eficiencia y efectividad de la atención de la salud siguen siendo motivo de preocupación. Los desafíos planteados por el rápido cambio tecnológico, las crecientes expectativas de los pacientes y el envejecimiento de la población incrementan la necesidad de proseguir con las reformas.

Por consiguiente, existe una demanda creciente para contar con un conjunto de datos fundamentales procedentes de las Cuentas Nacionales de Salud y de las comparaciones internacionales del gasto en salud. El presente Sistema de Cuentas de Salud (SCS) proporciona un conjunto de cuentas exhaustivas, coherentes y flexibles. Establece una base conceptual de normas de transmisión de datos estadísticos y propone una clasificación internacional de las cuentas de salud (International Classification for Health Accounts, ICHA) que abarca tres dimensiones: funciones de atención de la salud, proveedores de servicios de atención de la salud y fuentes de financiación.

Las cuentas propuestas están diseñadas para satisfacer las necesidades de los analistas de los sistemas de atención de la salud y los responsables de elaborar las políticas. Proporcionan un marco común para incrementar la comparabilidad de los datos en el tiempo y entre países. Están previstas para utilizarse en comparaciones internacionales que incluyan gran cantidad de países con formas diferentes de organizar la atención de la salud y su financiación.

El presente manual se basa en más de quince años de trabajo de la Secretaría de la OCDE sobre las comparaciones internacionales de datos de atención de la salud para el análisis económico de la política sanitaria. En la elaboración del manual han participado una serie de expertos de países de la OCDE y de otras organizaciones internacionales, aportando sus comentarios a las distintas versiones provisionales. Agradecemos todas estas contribuciones. El manual ha sido preparado por Manfred Huber, miembro de la Dirección de Educación, Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales, y se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE.

Los institutos nacionales de estadística y otros usuarios del manual pueden ponerse en contacto con el servicio de consulta directa del SCS en sha.contact@oecd.org para exponer sus preguntas y observaciones. Pueden obtenerse información adicional y más directrices prácticas en <http://www.oecd.org/els/health/sha>. Se invita a todos los usuarios del presente manual a participar activamente en su desarrollo.

Índice

1. Principios del Sistema de Cuentas de Salud	11
Introducción	11
Objetivos del Sistema de Cuentas de Salud	13
Las siguientes etapas: aplicaciones piloto y desarrollo ulterior del manual	15
La organización del manual: guía del lector	16
Criterios básicos del Sistema de Cuentas de Salud	17
El Sistema de Cuentas de Salud y el análisis y las cuentas satélites de salud	19

PARTE I CONCEPTOS Y MÉTODOS DE LAS CUENTAS DE SALUD

2. Serie de tablas normalizadas	23
Estrategias de estimación y flujos de información en las cuentas de salud	24
3. Funciones básicas y límites globales de la atención de la salud	41
Introducción	41
Los límites funcionales de la atención de la salud	41
Funciones de atención de la salud y funciones relacionadas con la salud	42
Modalidades de producción	43
Administración de la salud y los seguros médicos	44
Otras dimensiones para la clasificación de los servicios de atención de la salud individual	45
Estimaciones del costo de las enfermedades	47
Funciones relacionadas con la salud	47
Aplicación de la clasificación funcional	48
4. Ramas de actividad proveedoras de servicios de salud	51
Introducción	51
Las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud en la economía	52
Clasificación de las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud	53
Otras clasificaciones institucionales	53
Aplicación de la clasificación de proveedores de servicios de salud ICHA-HP	55

5. Medición del gasto en atención de la salud	57
Introducción	57
Estimación de los totales nacionales	57
Límites de la producción de servicios de atención de la salud	58
Tratamiento de las subvenciones y otras transferencias a las ramas de actividad proveedoras	60
Medición de la producción: producción de mercado y no de mercado	62
Comercio exterior	63
Momento del registro y principio del devengo	64
Formación de capital de las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud ...	65
Definición de los componentes del gasto total en salud, en términos del SCN: resumen	66
Gasto en funciones relacionadas con la salud	66
6. Financiación de la atención de la salud	69
Introducción	69
Visión general de la financiación de la atención de la salud: ejemplo ilustrativo	71
Visión general de los sectores de las fuentes de financiación	73
Sistema de transferencias característico de la atención de la salud: presentación matricial ..	75
Flujos de financiación: serie de cuentas sectoriales	78
<i>Anexo 6.1. Serie de cuentas sectoriales del flujo de financiación</i>	79
7. Medición de precio y volumen	95
Introducción	95
Utilidad de la medición de volumen y precio en los servicios de atención de la salud	96
Medición de las variaciones de precio y volumen en el marco del SCS	96
Estado actual de la medición de precio y volumen	97
Medición de precio y producción en los servicios de atención de la salud: estrategia propuesta	98
Medición de los cambios de calidad	100
Medición de producción frente a resultados	101
Nota sobre las paridades de poder adquisitivo	101
8. El SCS y las cuentas y análisis satélites de la salud	103
Las cuentas satélite de salud	104
Características comunes entre el SCS y las cuentas y análisis satélites de la salud	105
Diferencias entre el SCS y el análisis y las cuentas satélites de la salud	107
¿Es prioritario mejorar las estadísticas de producción para perfeccionar las estadísticas de salud?	108

PARTE II CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CUENTAS DE SALUD (ICHA)

9. Clasificación funcional de la atención de la salud (ICHA-HC)	115
Resumen	115
Funciones de atención de la salud individual	115
Notas explicativas de la clasificación de funciones (ICHA-HC)	119

<i>Anexo 9.1. Otros aspectos de la delimitación de la atención de la salud</i>	135
<i>Anexo 9.2. Clasificación cruzada con las clasificaciones del SCN</i>	137
<i>Anexo 9.3. Clasificaciones cruzadas de las funciones de la salud pública</i>	139
10. Clasificación ICHA-HP de proveedores de servicios de salud	141
Resumen	141
Notas explicativas de la clasificación de proveedores de servicios de salud (ICHA-HP)	143
<i>Anexo 10.1. Clasificación cruzada de la ICHA-HP y la CIU, Rev.3</i>	157
11. Clasificación de la financiación de la atención de la salud (ICHA-HF)	159
Introducción	159
Seguros sociales y seguridad social	160
Notas explicativas de la clasificación de las fuentes de financiación (ICHA-HF)	162
 ANEXOS	
Anexo A.1. Medición de los recursos humanos en la atención de la salud	169
Anexo A.2. Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina	181
Anexo A.3. Clasificación Internacional en Atención Primaria	183
Anexo A.4. La salud en la Clasificación Central de Productos	186
Anexo A.5. La atención a la salud en la CIU Rev.3	190
Anexo A.6. La salud en las clasificaciones del SCN por finalidades	194
 Acrónimos	 207
Bibliografía	209

Lista de Gráficos

Gráfico 2.1. Flujos de información en las cuentas de salud	24
Gráfico 4.1. Proveedores de atención de la salud en la economía	52
Gráfico 11.1. Clasificación de los seguros médicos en el SCN	160
Gráfico A1.1. Inventarios nacionales y flujos de RHAS: modelo esquemático	178
Gráfico A1.2. Principales flujos que intervienen	179

Lista de tablas

Tablas normalizadas

Tabla 1. Gasto corriente en salud por función, proveedor y fuente de financiación	26-27
Tabla 2. Gasto corriente en salud por función y proveedor	28-29
Tabla 3. Gasto corriente en salud por proveedor y fuente de financiación	30-31
Tabla 4. Gasto corriente en salud por función y fuente de financiación	32-33
Tabla 5. Gasto total en salud, incluidas las funciones relacionadas con ella	34-35
Tabla 6. Gasto individual en salud por categorías principales de la CIE	36
Tabla 7. Gasto en salud individual por edad y género	37
Tabla 8. Muestra de índices de precios en la atención de la salud.	38

Tabla 9.	Comercio internacional de atención de la salud	39
Tabla 10.	Empleo total en las ramas de actividad de atención de la salud	40

Tablas de la parte I

Tabla 3.1.	Clasificación funcional de la atención de la salud (ICHA-HC)	43
Tabla 3.2.	Otras dimensiones para la clasificación de los servicios de atención de la salud individual	46
Tabla 3.3.	Transmisión complementaria de datos sobre determinadas funciones de la atención de la salud sugerida	46
Tabla 4.1.	Clasificación de los proveedores de atención de la salud (ICHA-HP)	54
Tabla 4.2.	Instituciones de atención de la salud por sector y tipo	55
Tabla 5.1.	Límites funcionales del gasto total en salud	58
Tabla 5.2.	Comercio internacional de servicios de atención de la salud.	64
Tabla 5.3.	Agregados del gasto en salud en la terminología del SCS y el SCN	66
Tabla 6.1.	Clasificación de las fuentes de financiación (ICHA-HF)	70
Tabla 6.2.	Gasto en salud por fuentes de financiación: ejemplo ilustrativo	72
Tabla 6.3.	Transferencias de atención de la salud: presentación matricial	76-77
Tabla 7.1.	Medición de la producción para uso final en precio y volumen de las diversas ramas de actividad de atención de la salud	97
Tabla 8.1.	El gasto en salud en las cuentas satélite de salud y en el SCS	107
Tabla 8.2.	Tabla de recursos y empleos del SCS (parte 1)	111
Tabla 8.3.	Tabla input-output del SCS (parte 2)	112

Tablas de cuentas del Anexo 6.1

Cuenta G.1.	Administración central	80
Cuenta G.2.	Administración regional y local	81
Cuenta G.3.	Administraciones de seguridad social	82
Cuenta P.1.	Seguros sociales privados	83
Cuenta P.2.	Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales)	84
Cuenta P.3.	Hogares	84
Cuenta P.4.	ISFLSH (excepto seguros sociales)	85
Cuenta P.5.	Empresas (excepto seguros médicos)	85
Cuenta RDM	Resto del mundo	86

Tablas de la parte II

Tabla 9.1.	Clasificación de las funciones de atención de la salud (ICHA-HC): nivel de tres dígitos	118
Tabla 9.2.	Salud materno-infantil en la CIAP	126
Tabla 9.3.	Funciones relativas a la salud ambiental seleccionadas	132
Tabla 9.4.	Prestaciones en efectivo relacionadas con la salud	133

Tabla 9.5.	Clasificación cruzada de la ICHA-HC y el SCN 93	138
Tabla 9.6.	Clasificación cruzada de las FESP, la ICHA-HC y la CFAP	139
Tabla 10.1.	Clasificación de los proveedores de atención de la salud (ICHA-HP): nivel de tres dígitos	142
Tabla 10.2.	Clasificación cruzada de la ICHA-HP y las clases de la CIU, Rev.3	157
Tabla 11.1.	Clasificación de la financiación de la atención de la salud (ICHA-HF): nivel de tres dígitos	161

Tablas de los anexos

Tabla A1.1.	Profesiones sanitarias en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88)	174
Tabla A2.1.	Capítulos y divisiones de la CIPM	181
Tabla A3.1.	Secciones y principales rubros de la CIPAP	184
Tabla A4.1.	Los servicios de atención de la salud en la CCP, Versión 1	187
Tabla A5.1.	Las ramas de actividad de atención de la salud en la CIU	191
Tabla A6.1.	La salud en las clasificaciones del SCN del gasto por finalidades	195

Agradecimientos

Los comentarios de Jean-Pierre Poullier (OMS, Ginebra), que inició el proyecto del Sistema de Cuentas de Salud en la Secretaría de la OCDE y analizó todas las versiones provisionales de los últimos tres años, influyeron en la última ronda de modificaciones. Asimismo, varias versiones provisionales del SCS se debatieron con los miembros del Grupo operativo sobre estadísticas de asistencia de la salud de Eurostat. Los comentarios de expertos de países no miembros y de otras organizaciones internacionales ponen de manifiesto el interés de una gama más amplia de países en el proyecto de manual. La Sra. Anne Chadeau y el Sr. Hermann T. Sarrazin han colaborado en la elaboración de partes del manual. Tenemos una especial deuda de gratitud con la United States Health Care Financing Administration, cuyo apoyo financiero contribuyó al desarrollo del presente manual.

1. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

- 1.1. En la actualidad, las Cuentas Nacionales de Salud se encuentran en fases distintas de desarrollo y pueden diferir no solo en los límites que separan la salud de otras actividades sociales y económicas, sino también en cuanto a las clasificaciones utilizadas, el grado de detalle y las normas contables. El Sistema de Cuentas de Salud (SCS) proporciona la estructura básica para elaborar un conjunto de tablas interrelacionadas que permitan presentar en un formato normalizado los gastos en salud y su financiación. El SCS fue creado con el doble propósito de proporcionar una estructura para la recogida de datos internacionales y de constituir un posible modelo para rediseñar y complementar las Cuentas Nacionales de Salud, con la finalidad de apoyar a quienes elaboran las políticas en esta área.
- 1.2. Como sistema de cuentas, este conjunto de tablas depende de la unificación de conceptos, definiciones, clasificaciones y normas contables, como requisito previo para lograr la comparabilidad, en el tiempo y entre países. En el diseño del SCS se ha intentado aportar un modelo de notificación uniforme para países que siguen modelos de organización muy diversos en sus sistemas nacionales de salud. Por tanto, el SCS contiene elementos pertinentes para países con niveles de renta diferentes.
- 1.3. La necesidad de mejorar las cuentas de salud viene motivada por la complejidad creciente de los sistemas de salud de muchos países y la rápida evolución de la tecnología médica. Los diseñadores de políticas y los analistas de esos sistemas y de las recientes reformas han puesto en tela de juicio la idoneidad de las prácticas contables actuales y la capacidad de las cuentas de salud existentes para supervisar sistemas de salud en rápida evolución y cada día más complejos. Las expectativas crecientes del consumidor de estos servicios contribuyen a la necesidad de disponer de una información actualizada sobre los sistemas de salud.

La propuesta de una clasificación internacional de las cuentas de salud (ICHA) de carácter tridimensional

- 1.4. Por lo general, las Cuentas Nacionales de Salud se presentan en forma de tablas bidimensionales en que se hace la clasificación cruzada de los gastos, tanto por proveedor o programa de salud como por fuente de financiación. A menudo se aplican combinaciones de criterios institucionales y funcionales específicos de cada país para clasificar a los proveedores de estos servicios.

Los rubros resultantes (como “hospital general”, “clínica de maternidad” o “médico de familia”) tienen contenidos distintos en cada país, de modo que los límites generales de los gastos en salud difieren entre países y a través del tiempo.

- 1.5. Más de dos decenios de experiencia en establecer comparaciones internacionales y en el análisis de la política sanitaria en el ámbito nacional ponen de manifiesto que para lograr una comparación internacional apropiada de estas cuentas es esencial separar en dos dimensiones distintas de notificación los aspectos institucionales y funcionales de los servicios de salud. Dicha separación es también un recurso indispensable para mejorar las comparaciones en el tiempo dentro del contexto de las Cuentas Nacionales de Salud. Este principio, de introducción reciente en la contabilidad del sector sanitario, se ha observado y aplicado en otras recogidas de datos relativos a campos definidos funcionalmente de interés específico para las políticas públicas, como son la educación, la investigación y el desarrollo, y la protección social en general.
- 1.6. La prestación de servicios de salud y su financiación es un proceso complejo y pluridimensional. El conjunto de tablas básicas del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) responde a tres preguntas:
 - ¿De dónde proviene el dinero? (fuente de financiación)
 - ¿Adónde va el dinero? (proveedor de servicios y bienes de salud)
 - ¿Qué tipo de servicios (definidos funcionalmente) se ofrecen y qué tipo de bienes se compran?
- 1.7. Así pues, el SCS está organizado en torno a tres ejes para el registro de los gastos en salud, por medio de una clasificación internacional para las cuentas de salud (*International Classification for Health Accounts*, ICHA) propuesta en fecha reciente, que permite desglosar la atención de la salud por:
 - funciones (ICHA-HC);
 - proveedores (ICHA-HP);
 - fuentes de financiación (ICHA-HF).
- 1.8. Las clasificaciones propuestas proporcionan los vínculos básicos con datos no monetarios, como el empleo y otras estadísticas de recursos. Las clasificaciones nacionales e internacionales existentes sirvieron de punto de partida para elaborarlas. Por ejemplo, la ICHA de los proveedores se basa, matizándola, en la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU, Rev. 3, United Nations, 1990). En el presente manual se citan clasificaciones diseñadas o revisadas recientemente, como la Clasificación Central de Productos, Versión 1 (United Nations, 1998a) y la revisión de 1998 de las clasificaciones funcionales del Sistema de Cuentas Nacionales de 1993 (SCN 93), con el fin de ayudar a los estadísticos que adaptan sus sistemas nacionales a estas clasificaciones revisadas a establecer vínculos con la ICHA que aquí se utiliza. La elección de categorías en las tres clasificaciones de la ICHA fue guiada por su pertinencia para aspectos de la política y las reformas sanitarias, particularmente para el seguimiento de los cambios estructurales, como el paso de la atención hospitalaria hacia una atención ambulatoria, y el incremento de la participación de proveedores multifuncionales en los sistemas nacionales de salud.

Adelantos recientes en los sistemas de cuentas e información sobre salud

- 1.9. Durante el decenio de 1990, un número creciente de países reconsideró su sistema de contabilidad, con la intención de hallar estrategias para mejorar la adecuación a las políticas, así como

la exhaustividad y la coherencia interna de las cuentas de salud y los sistemas nacionales de información sobre salud. En varios países, una visión más amplia de la salud pública ha llevado a la decisión de rediseñar los sistemas existentes de estadísticas de salud y de promover su transformación en sistemas de información más extensos que integren datos sobre factores socioeconómicos de fondo (entorno económico, social y físico) con datos sobre gastos y financiación de los servicios de salud, además de indicadores no monetarios para el empleo de recursos y la medición de resultados.

- 1.10. En la preparación del presente manual se ha tomado en consideración la existencia de instrumentos estadísticos más poderosos que los que solían utilizarse, y que ya se han instaurado o están por aplicarse en muchos países. Se espera que la disponibilidad de grandes bases de datos referentes a la meso y la microestructura permitirá una cobertura más completa de las múltiples facetas de la atención de la salud, con lo que revolucionará la tarea de obtener las cuentas de salud a escala nacional, a la vez que proporcionará información sólida para integrarlas en la estructura internacional comparable del sistema de cuentas de salud (SCS).

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD

- 1.11. Los principales objetivos del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE pueden resumirse como sigue:
 - proporcionar un conjunto de cuentas de salud comparables internacionalmente, en forma de tablas normalizadas;
 - acordar una definición internacional común del concepto de atención de la salud y de las categorías básicas correspondientes;
 - distinguir las funciones esenciales de los servicios de salud de las relacionadas con ésta y poner de relieve los aspectos intersectoriales de la salud como preocupación común de las políticas sociales y económicas en varios ámbitos;
 - ofrecer tablas para el análisis de los flujos de financiación de los servicios de salud, junto con una clasificación de los sistemas de seguros y otras modalidades de financiación;
 - proporcionar un marco de referencia con los principales agregados pertinentes para suministrar directrices con vistas a la investigación comparativa de la meso y la microestructura de los servicios de salud;
 - proponer un marco de referencia para la notificación coherente de la información sobre servicios de salud a través del tiempo;
 - supervisar las consecuencias económicas de las reformas de los servicios de salud y las políticas de salud;
 - proporcionar un marco para el análisis de los sistemas de atención de la salud desde un punto de vista económico, que sea coherente con las normas de la contabilidad nacional;
 - presentar un modelo económico de los recursos y empleos de servicios de salud como instrumento para mostrar los vínculos conceptuales entre el Sistema de Cuentas de Salud y las cuentas satélite de salud.

Antecedentes

- 1.12. El SCS utiliza la experiencia y conocimientos obtenidos en las Cuentas Nacionales de Salud y los sistemas nacionales de información sobre la salud de los países de la OCDE. Una lista de fuentes, que dista de ser exhaustiva, incluye las siguientes: *Australian Health Data Committee*,

1998; *Canadian Institute for Health Information*, 1996; y Wolfson, M.C., 1991, 1994; el Instituto del Seguro Social de Finlandia, 1997; el SESI, 1990, para Francia; Bruckner, 1996, 1998 y Sarrazin, 1999, para el sistema alemán de información sobre la salud; Lindsay/Newhouse, 1986; Lazenby *et al.*, 1992; Levit *et al.* respecto a las cuentas de salud de Estados Unidos; FUNSALUD, México, 1996, en lo referente a las cuentas de salud en este país. Los adelantos en las comparaciones internacionales de estimaciones del gasto en salud que han influido en este manual están registrados en Waldo, 1996; van Mosseveld y van Son, 1999; *Inspection Générale de la Sécurité Sociale*, IGSS, 1998; y Schneider *et al.*, 1995, 1998.

- 1.13. Con el tiempo, las cuentas de salud de la OCDE, que sirvieron de sistema de referencia, han llegado a ser prácticamente un patrón informal para la notificación uniforme en todo lo relativo a los sistemas de atención de la salud (OECD 1977; OECD 1985; OECD 1987; OECD 1993; OECD 1999a). A través de los años, la Secretaría de salud y estadísticas de salud de la OCDE se ha dedicado a la armonización de conceptos y definiciones y a la recogida anual de datos.
- 1.14. En mayo de 1996, la OCDE convocó una reunión *ad hoc* de expertos en estadísticas de salud a la que asistieron delegados de la mayoría de los países miembros, al igual que expertos de Eurostat y de las regiones europea y panamericana de la Organización Mundial de la Salud. Se pidió a los delegados que aportaran sugerencias sobre cómo mejorar el contenido, metodología y procedimientos para la recogida anual de datos de salud de la OCDE. El establecimiento de normas internacionales para la información sobre el gasto y la financiación de servicios de salud se señaló como aspecto prioritario para el trabajo futuro de la OCDE. Un primer borrador de este manual se analizó en la segunda reunión *ad hoc* de expertos en estadísticas de salud, celebrada en París del 3 al 5 de diciembre de 1997.
- 1.15. Un segundo borrador del Sistema de Cuentas de Salud se presentó en la reunión de expertos en cuentas nacionales de la OCDE, que tuvo lugar del 22 al 25 de septiembre de 1998 y en la reunión que celebró del 19 al 22 de octubre de 1998 el grupo de trabajo sobre política social, que recomendó la publicación y la aplicación de este manual en aplicaciones piloto. Durante estas reuniones, el debate se centró en la estructura metodológica global del SCS y en el diseño de la clasificación internacional para cuentas de salud propuesta. El mismo borrador fue analizado en un seminario de expertos en cuentas de salud, auspiciado por el Departamento de salud de Irlanda, en Dublín, del 30 de septiembre al 2 de octubre de 1998. En el orden del día de la reunión conjunta de la OCDE y Eurostat sobre cuentas de salud celebrada en Luxemburgo los días 11 y 12 de mayo de 1999 se incluyeron aspectos de las aplicaciones piloto y el estado actual de las Cuentas Nacionales de Salud.
- 1.16. Los asistentes a estas reuniones revisaron el borrador del Sistema de Cuentas de Salud, realizaron observaciones sobre una gran variedad de aspectos del manual y emitieron recomendaciones sobre nuevas medidas para su aplicación. La última serie de modificaciones, aportadas al manual durante 1999, ha clarificado las clasificaciones propuestas y ha supuesto la total reelaboración del capítulo 6, relativo a las fuentes y flujos de financiación, y la redacción de un nuevo capítulo 8 sobre la relación entre el SCS y las cuentas satélite de salud. Se han abreviado varios capítulos del manual, para facilitar su lectura.

LAS SIGUIENTES ETAPAS: APLICACIONES PILOTO Y DESARROLLO ULTERIOR DEL MANUAL

- 1.17. Como todo manual que se publica en su “versión 1.0”, el Sistema de Cuentas de Salud debe considerarse un trabajo en curso. En particular, las clasificaciones funcionales propuestas tendrán que seguir desarrollándose en un proceso interactivo, paralelamente a las aplicaciones piloto a escala nacional. Es posible que pronto surja la necesidad de un mayor detalle, así como nuevas ideas sobre cómo vincular los datos macro y microeconómicos, por ejemplo para las estadísticas sobre los procedimientos y la medición de los resultados, aspectos no abarcados en la versión actual del manual. Por tanto, en los años venideros, la versión 1.0 del manual se revisará a la luz de debates con los ministerios de sanidad y los institutos de estadística de los países de la OCDE, así como con otras organizaciones internacionales y regionales que trabajan en el ámbito de las estadísticas de la salud.
- 1.18. Se espera obtener directrices de estimación más detalladas, como subproducto importante de las aplicaciones piloto. Tales directrices aportarán mayores detalles sobre los aspectos prácticos de la aplicación del SCS y orientación adicional sobre un método común de notificación acorde a las categorías de la ICHA. Las aplicaciones piloto tienen el doble propósito de notificar indicadores económicos clave sobre sistemas de salud para las comparaciones internacionales (al transformar los datos nacionales en las tablas normalizadas propuestas por la OCDE) y de servir de modelo a los países que decidan usar el SCS para mejorar su sistema nacional de información.
- 1.19. Durante los debates metodológicos del SCS, varios países expresaron su interés por asumir un papel activo en el desarrollo ulterior del manual y por participar en un proceso interactivo de aplicaciones piloto con la Secretaría de la OCDE. El principal objetivo de las aplicaciones piloto será desarrollar una serie central de tablas normalizadas preliminares, para una muestra de países de la OCDE. Se centrarán en las siguientes tareas:
- mayor armonización de los límites generales y los principales agregados de las estimaciones del gasto en salud entre los diferentes países, para mejorar la comparabilidad internacional de dichos agregados, en particular en el análisis de los límites entre salud y otros servicios sociales (por ejemplo, para personas mayores dependientes o personas con discapacidad);
 - revisión de las fuentes y los métodos de estimación del gasto privado en salud, que se han identificado como causa y margen importante de error en las comparaciones internacionales;
 - desglose completo del gasto en salud por fuentes de financiación, con arreglo a las clasificaciones de financiación de la ICHA;
 - tablas bidimensionales del gasto en salud, por función de la atención de la salud y categoría de proveedor;
 - tablas bidimensionales del gasto en salud, por fuente de financiación y categoría de proveedor.
- 1.20. Los institutos nacionales de estadística y otros usuarios del manual pueden contactar el servicio de consulta directa del SCS en sha.contact@oecd.org para exponer sus preguntas y observaciones. El siguiente sitio de Internet de la OCDE está dedicado al análisis más detallado de las cuentas de salud y al intercambio de experiencias prácticas obtenidas en las aplicaciones piloto del SCS: <http://www.oecd.org/els/health/sha.htm>.

- 1.21. El sitio Internet mencionado ofrece acceso a material adicional útil que complementa este manual, como son sugerencias y directrices para su aplicación; una fe de erratas registradas en la edición inglesa de este Manual del SCS; información sobre los resultados de las aplicaciones piloto; convocatorias de reuniones; tablas normalizadas en blanco en formato Excel, etc. Por añadidura, la página proporciona acceso a un foro para el intercambio de ideas entre usuarios del manual y para la comunicación con la Secretaría de la OCDE. Se invita a todos los usuarios del manual a asumir una participación activa en su desarrollo ulterior y a acudir a las fuentes de información antes mencionadas.

LA ORGANIZACIÓN DEL MANUAL: GUÍA DEL LECTOR

- 1.22. Del capítulo 1 al 8 se presentan el marco conceptual y las definiciones básicas del SCS. Del capítulo 9 al 11 se analizan en detalle las clasificaciones propuestas y se aborda el problema de los límites de la atención de la salud y la estructura de las tres dimensiones que conforman la clasificación internacional para las cuentas de salud (*International Classification for Health Accounts, ICHA*) que se propone. En el capítulo 1 se brinda un resumen de los objetivos y el alcance del SCS. El lector demasiado ocupado puede prescindir del resto del capítulo 1 y pasar directamente al conjunto de tablas normalizadas que se propone en el capítulo 2.
- 1.23. En el capítulo 3 se presentan las definiciones básicas de los límites funcionales del sistema de atención de la salud y se bosquejan las principales funciones de atención de la salud y relacionadas con ésta. Las funciones de producción y suministro de servicios de atención y de bienes médicos y la de administración se distinguen de las funciones relacionadas con la salud, como: formación de capital en las ramas de actividad de atención de la salud, educación y formación de personal sanitario, investigación y desarrollo en este sector, y salud ambiental.
- 1.24. El marco institucional de los sistemas de salud se trata en el capítulo 4. El capítulo 5 presenta los diferentes aspectos de la medición del gasto en salud, centrándose en la unificación de las normas contables y las definiciones de los totales nacionales, que permiten establecer un vínculo conceptual con los agregados económicos nacionales.
- 1.25. En el capítulo 6 se exponen los conceptos básicos para el cálculo de la parte pública y la parte privada de la financiación de la atención de la salud. En este capítulo se muestra cómo un conjunto de cuentas financieras puede servir para rastrear los flujos de financiación desde el gasto final en salud hasta la fuente original de los fondos. En el capítulo 7 se analiza el papel de las mediciones de precio y volumen en la atención de la salud y se vincula la estructura del SCS con el debate internacional actual sobre la mejora de la medición de los precios en esta importante rama de actividad de los servicios. En el capítulo 8 se estudian las diferencias prácticas y metodológicas y las semejanzas entre el Sistema de Cuentas de Salud y los métodos recomendados para el análisis de las cuentas satélite.
- 1.26. El capítulo 9 está dedicado a la ICHA-HC, sección funcional del proyecto de clasificación internacional para las cuentas de salud, y ofrece notas explicativas detalladas sobre cada categoría. La clasificación institucional ICHA-HP se presenta en el capítulo 10. La clasificación de las fuentes de financiación ICHA-HF se expone en el capítulo 11.

CRITERIOS BÁSICOS DEL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD

- 1.27. El SCS comparte con el Sistema de Cuentas Nacionales el objetivo de formar un sistema integrado de cuentas *exhaustivas*, internamente *coherentes y comparables* a escala internacional, que deben ser *compatibles*, en la medida de lo posible, con otras estadísticas económicas y sociales agregadas. Además de estos criterios de calidad, se persiguen la *oportunidad y la precisión*, así como la *sensibilidad política y la pertinencia* de los indicadores proporcionados en el SCS.

Exhaustividad

- 1.28. El SCS proporciona un marco contable exhaustivo, que cubre todo el ámbito de actividades de atención de la salud. No se limita a una gama específica de programas públicos y privados, como es el caso de las Cuentas Nacionales de Salud de algunos países. Con arreglo al enfoque funcional, deben incluirse todos los programas destinados a proveer atención de la salud o un grado considerable de mejora del estado de salud por medios médicos, se cataloguen o no como “atención de la salud” en las estadísticas nacionales.

Coherencia

- 1.29. El uso de los límites y las clasificaciones de datos propuestos por la ICHA proporcionará series de datos más comparables entre países y más *coherentes en el tiempo*. Al establecer límites uniformes, por ejemplo, se impedirá que los agregados del gasto nacional cambien repentinamente a causa del paso de los programas de salud de un ministerio a otro, o de un nivel de la administración a otro.
- 1.30. Al adaptar los datos nacionales a las categorías de la ICHA, la recogida de datos se verá menos afectada por los cambios que se vayan produciendo en las definiciones nacionales. Las series temporales resultantes permitirán detectar y evaluar cambios estructurales del pasado, además de servir de insumo para modelos de simulación y predicción. Estos últimos precisan una calidad y una coherencia cronológica de los datos especialmente rigurosas.
- 1.31. El SCS tiene *coherencia interna*, ya que proporciona ecuaciones y normas contables para la verificación cruzada de la validez de las estimaciones obtenidas en las diferentes dimensiones del Sistema. En el SCS, la notificación en forma coherente de datos sobre producción, consumo y financiación de la atención de la salud constituye un medio para identificar las lagunas y deficiencias de los sistemas de notificación actuales y las cuentas de salud, e indica dónde deben establecerse prioridades para la mejora continua de la calidad de la base estadística.

Comparabilidad internacional

- 1.32. Los conceptos y clasificaciones propuestos facilitarán a los estadísticos nacionales la tarea de transformar las observaciones nacionales en datos comparables entre países, con miras a mejorar la comunicación entre quienes elaboran las políticas y los investigadores. Sin embargo, la convergencia de estadísticas comparables internacionalmente solo podrá lograrse gradualmente. A pesar de las clasificaciones y directrices proporcionadas, será preciso dedicar un gran esfuer-

zo al desarrollo y las aplicaciones piloto, con el fin de hallar el mejor método para llevar a la práctica los conceptos propuestos y de diseñar directrices detalladas para las encuestas y los procedimientos de estimación.

- 1.33. Establecer límites comunes de la “atención de la salud” para las comparaciones internacionales es una exigencia previa para calcular los totales nacionales del gasto en salud y sus componentes. Tal delimitación resulta indispensable para establecer comparaciones demográficas internacionales a partir de las estadísticas de salud y otros datos que permiten analizar la meso y microestructura de la atención de la salud. Los perfiles de costos de la utilización de recursos de atención de la salud específicos de cada grupo de edad son solo un ejemplo de estadísticas sumamente sensibles a la definición exacta del concepto de “atención de la salud” que se utilice en las encuestas (OECD, 1996d).

Compatibilidad

- 1.34. Puesto que es un marco contable basado en un conjunto central de tablas en términos monetarios, el SCS tiene que ser metodológicamente compatible con el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN). Cada rubro debe asignarse explícitamente a la categoría del SCN a la que pertenece (consumo final, consumo intermedio, formación de capital, transferencias de prestaciones, etc.). La compatibilidad metodológica con el SCN es un requisito previo para el cálculo de ratios de gasto significativas y para la comparabilidad internacional. Las diferencias en las normas contables aplicadas a escala nacional, como sería el modo de asignar inversiones en establecimientos de salud en el tiempo, pueden influir considerablemente en el resultado del análisis del gasto en salud en las comparaciones internacionales.
- 1.35. La compatibilidad con el SCN es, además, una manera de lograr la compatibilidad con otras estadísticas económicas y sociales. Los índices de precios y los datos estructurales sobre el valor agregado en las ramas de actividad de atención de la salud son solo dos ejemplos.
- 1.36. Un principio general subyacente en la elaboración del presente manual ha sido adoptar definiciones y conceptos de sistemas estadísticos existentes, aprobados y definidos bajo los auspicios de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y regionales (UNESCO, OMS, Unión Europea). En áreas no cubiertas por las clasificaciones de la ONU, la OCDE y Eurostat se ha adaptado y aplicado otra serie de normas ampliamente utilizadas por sociedades eruditas y organizaciones regionales. En los anexos del presente volumen se presentan clasificaciones cruzadas entre las categorías propuestas en este manual y las clasificaciones normalizadas internacionales.

Oportunidad y precisión

- 1.37. Cualquier conjunto de criterios de calidad que se aplique a la contabilidad puede entrar en conflicto con otras metas deseables, en particular la *oportunidad* y la *precisión* del informe (OECD, 1993). La *precisión* se relaciona con el nivel mínimo de detalle que se considera necesario en la notificación ordinaria. Teóricamente, para considerar *oportuna* una encuesta estadística sobre contabilidad y recursos de salud, por lo menos los datos preliminares deben estar disponibles a más tardar seis meses después del período que describen. Para el análisis político es muy

deseable contar con previsiones de tendencias preliminares. Las Cuentas Nacionales de Salud son un recurso fundamental para delinear previsiones de gastos.

- 1.38. La oportunidad está en conflicto con la precisión cuando es necesario combinar grandes conjuntos de datos y una multitud de encuestas, como suele ser el caso en las estimaciones del gasto en salud. Los modelos de previsión ya están en uso en varios países para cubrir las lagunas de información y proporcionar estimaciones preliminares. Dado que los recursos son limitados, solo podrá llevarse a cabo una encuesta detallada si abarca varios años y se hacen interpolaciones para los años intermedios entre las encuestas y extrapolaciones del período más reciente.

Sensibilidad política

- 1.39. La sensibilidad política del SCS resulta fundamental en momentos en que se producen cambios frecuentes en las políticas públicas de salud. En el pasado, el seguimiento de las consecuencias económicas de las reformas en el campo de la salud solía verse obstaculizado por la incapacidad de los sistemas de notificación existentes para distinguir los cambios en la cobertura y las modalidades de financiación respecto de los cambios reales. A causa de clasificaciones obsoletas, no se han notificado adecuadamente cambios importantes en la división del trabajo en la atención de la salud.

EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD Y EL ANÁLISIS Y LAS CUENTAS SATÉLITES DE SALUD

- 1.40. En los últimos años, los expertos en cuentas de salud han coincidido en afirmar que la compatibilidad metodológica con las normas contables del SCN 93 es una exigencia previa para que las cuentas de salud cumplan los criterios básicos de comparabilidad en el tiempo, entre países y con estadísticas económicas globales. Un esfuerzo coordinado que reúna a los especialistas en estadística de salud con expertos en cuentas nacionales sería una forma eficiente de evitar la duplicación de esfuerzos, especialmente en cuanto al diseño metodológico de un marco contable, pero también de hacer el mejor uso posible de las fuentes de datos existentes en este importante sector de las economías nacionales.
- 1.41. La Revisión de 1993 del Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (SCN 93) hace referencia frecuente a problemas estadísticos específicos de los sistemas de salud e incluye un capítulo especial sobre las cuentas satélite de orientación funcional, como marco general para una cuenta satélite de salud. La realización de cuentas satélite relativas al medio ambiente, la agricultura, la producción de los hogares y el turismo en varios países ha promovido el proceso de resolución de dudas metodológicas relacionadas con las cuentas satélite en general.
- 1.42. En los últimos años, varios países han adaptado sus Cuentas Nacionales de Salud al Sistema de Cuentas Nacionales, que es el punto de referencia central para las estadísticas económicas y sociales globales. Sin embargo, existe menos acuerdo entre los expertos sobre hasta dónde debe ir la integración de las cuentas de salud con el aspecto producción de las cuentas de las rentas nacionales, es decir, en los cálculos de la estructura del valor agregado o de una tabla input-output satélite para la salud. En el capítulo 8 se resumen las convergencias y divergencias conceptuales entre el SCS y las cuentas satélite de salud.

PARTE I

**CONCEPTOS Y MÉTODOS
DE LAS
CUENTAS DE SALUD**

2. SERIE DE TABLAS NORMALIZADAS

- 2.1. En su versión actual, el SCS propone el siguiente conjunto de tablas interrelacionadas, que ilustran cada una diversos aspectos de los servicios de salud. El desarrollo y la aplicación de esta serie de tablas dependerán de la financiación adecuada que se dé a los programas estadísticos de cada país. El SCS es lo bastante flexible para que no sea necesario desarrollar todos los aspectos al mismo tiempo, ni incluso durante el mismo año. En la mayor parte de los países se requerirá una aplicación gradual que durará varios años.
- 2.2. Un buen número de tablas normalizadas sobre atención de la salud con estadísticas en términos no monetarios ya están incluidas en la recogida anual de datos de la Secretaría de la OCDE, Datos sobre salud de la OCDE (OECD Health Data). Con el trabajo actual se espera lograr una mayor armonización de estos conceptos entre los países y con el SCS. Las tablas normalizadas son las siguientes:

Tabla 1: Gasto corriente en salud por función, proveedor y fuente de financiación (= empleos totales de unidades residentes de bienes y servicios de salud, por función, proveedor y fuente de financiación, a precios corrientes).

Tabla 2: Gasto corriente en salud por función y proveedor (= empleos totales de unidades residentes de bienes y servicios de salud, por función y proveedor, a precios corrientes).

Tabla 3: Gasto corriente en salud por proveedor y fuente de financiación (= empleos totales de unidades residentes de bienes y servicios de salud, por proveedor y fuente de financiación, a precios corrientes).

Tabla 4: Gasto corriente en salud por función y fuente de financiación (= empleos totales de unidades residentes de bienes y servicios de salud, por función y fuente de financiación, a precios corrientes).

Tabla 5: Gasto total en salud, incluidas las funciones relacionadas con ella.

Tabla 6: Gasto individual en salud por categorías principales de la CIE.

Tabla 7: Gasto individual en salud por edad y género.

Tabla 8: Muestra de índices de precios en la atención de la salud.

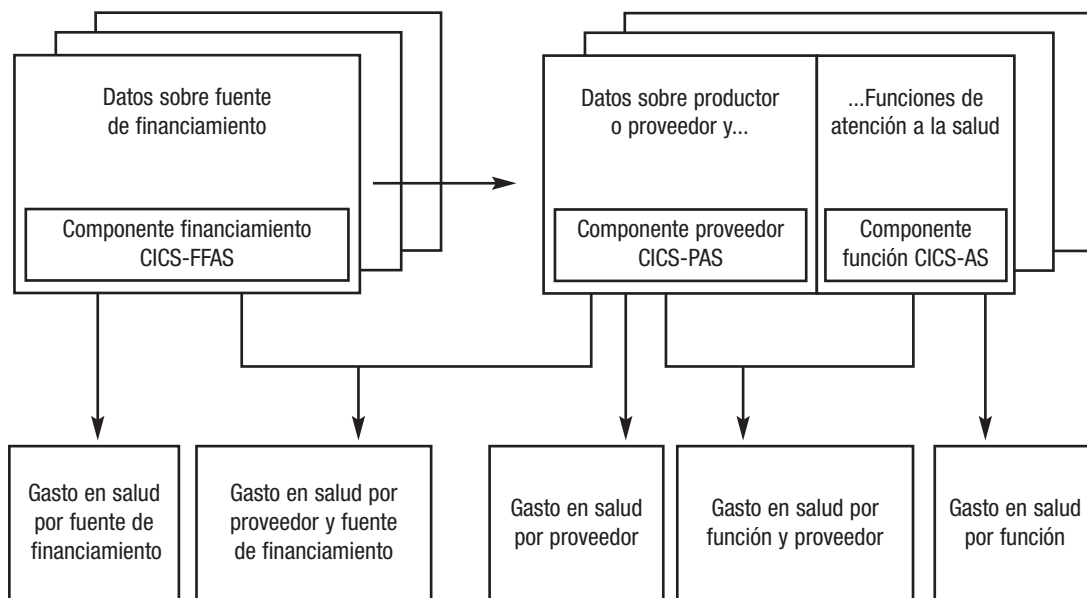
Tabla 9: Comercio internacional de atención de la salud.

Tabla 10: Empleo total en las ramas de actividad de atención de la salud.

ESTRATEGIAS DE ESTIMACIÓN Y FLUJOS DE INFORMACIÓN EN LAS CUENTAS DE SALUD

2.3. En las estrategias de estimación para las cuentas de salud se utilizan los flujos administrativos de información existentes, completados con encuestas especializadas. Los registros administrativos de las administraciones públicas y las empresas de seguro privadas contienen un gran acervo de información sobre las operaciones. Normalmente, se dispone de un desglose básico que permite rastrear el origen de los gastos hasta los proveedores de los servicios de salud correspondientes. En cuanto a los pagos privados directos y otros que no atañen a los seguros (obras de caridad, exportación e importación de servicios) por lo general se requieren encuestas especiales para completar la información.

Gráfico 2.1. Flujos de información en las cuentas de salud



- 2.4. Esta información, agregada, se documenta en las Cuentas Nacionales de Salud en tablas de clasificación cruzada que muestran el gasto en salud por unidad financiadora y por proveedor. Los márgenes de estas presentaciones tabulares muestran el desglose del gasto por unidad financiadora y por proveedor que recibe la financiación. Los totales parciales por fila y columna deben corresponder a los totales globales, lo que proporciona un método básico para cotejar los datos. Por lo general, en este tipo de cuentas se establece una línea de separación entre la financiación pública y la privada. El gráfico 2.1 muestra los flujos de información en que se sustentan las cuentas de salud.
- 2.5. En el SCS, la línea divisoria fundamental que delimita el gasto total en salud se establece con arreglo a las definiciones funcionales de bienes y servicios de la ICHA. Con el fin de lograr límites comunes para las cuentas de salud, es preciso identificar estas funciones en las tablas normalizadas antes descritas. Para las comparaciones internacionales, esta tarea puede tener diversos enfoques. Para lograr una primera aproximación de los límites comunes (por lo menos respecto al gasto público en salud) es posible sumar las cantidades dedicadas a programas de atención de la salud, independientemente de su fuente de financiación, para lo cual se seleccionan solo los programas donde el componente de atención de la salud (definido funcionalmente) representa más de la mitad del gasto.
- 2.6. Un enfoque más preciso consiste en usar como punto de partida la clasificación cruzada del gasto en salud por fuente de financiación y por proveedor. Para calcular el gasto total en salud, cada casilla de esta tabla deberá comprobarse respecto al desglose funcional y los límites de la ICHA. Se sumará una casilla al gasto total en salud cuando predominen los gastos en funciones de atención de la salud. Se logrará mayor precisión si se identifica la parte de cada función de atención de la salud en cada una de estas casillas. El gasto total en salud será entonces la suma de las subfunciones así identificadas, para el conjunto de las fuentes de financiación y de los proveedores. En muchos casos, los datos clasificados por fuente de financiación y por proveedor representan los elementos de información más pequeños que se encuentran en los registros administrativos y, más generalmente, los datos en que se basan las Cuentas Nacionales de Salud.
- 2.7. Las descripciones sucintas que se ofrecen debajo de cada tabla normalizada incluyen sugerencias referentes a estrategias de estimación. Las aplicaciones piloto que se llevan a cabo en varios países y las nuevas mejoras del conjunto de indicadores del gasto en salud recogidos anualmente para los *Datos sobre salud de la OCDE* ayudarán a decidir qué subconjunto de tablas del tipo que aquí se muestra representará el justo medio ideal entre las necesidades de información de los analistas de políticas, la disponibilidad de datos y la comparabilidad internacional.

En la tabla 1 se muestran los empleos finales totales de las unidades residentes de servicios y bienes de atención de la salud, por función, proveedor seleccionado y fuente de financiación. Ilustra cómo las tres dimensiones de la ICHA pueden combinarse con flexibilidad para obtener un conjunto básico de indicadores sobre el gasto en salud y su financiación. Posteriores trabajos mostrarán en qué grado puede lograrse un conjunto de datos comparable y exhaustivo para los rubros aquí enumerados para los países de OCDE.

Tabla 1. Gasto corriente en salud por función, proveedor y fuente de financiación

Categoría de gasto	Función de atención de la salud ICHA-HC	Rama de actividad proveedora ICHA-HP	Gasto corriente en salud total	Fuente de financiación ICHA-HF		
				HF.1 Admin. públ.	HF.1.1 Admin. públ. (exc. seg. social)	HF.1.2 Admin. de seguridad social
<i>Atención hospitalaria, incluida hospitalización de día</i>	HC.1.1, 1.2, 2.1, 2.2	Todas las ramas de actividad				
Asist. curativa y de rehabilitación						
Hospitales generales		HP.1.1				
Hospitales especializados		HP.1.2+1.3				
Establ. de atención medicalizada y residencial		HP.2				
Demás proveedores		Los demás				
<i>Tratamientos de larga duración</i>	HC.3.1, 3.2	Tod. las r. act.				
Hospitales generales		HP.1.1				
Hospitales especializados		HP.1.2+1.3				
Establ. de atención medicalizada y residencial		HP.2				
Demás proveedores		Los demás				
<i>Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria</i>	HC.1.3, 2.3	Tod. las r. act.				
Hospitales		HP.1				
Consultorios médicos		HP.3.1				
Consultorios odontológicos		HP.3.2				
Consult. de otros prof. de salud ¹		HP.3.3				
Centros de atención ambulatoria		HP.3.4				
Demás proveedores		Los demás				
<i>Atención domiciliaria</i>	HC.1.4, 2.4, 3.3	Tod. las r. act.				
<i>Servicios auxiliares de atención de la salud²</i>	HC.4	Tod. las r. act.				
<i>Prod. médicos dispensados a pacientes ambulatorios³</i>	HC.5	Tod. las r. act.				
Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	HC.5.1					
Medicamentos de prescripción	HC.5.1.1					
Medicamentos de venta libre	HC.5.1.2					
Otros prod. médicos perecederos	HC.5.1.3					
<i>Disp. terapéuticos y otros prod. médicos no perecederos</i>	HC.5.2					
Lentes y otros prod. ópticos	HC.5.2.1					
Aparatos ortop. y otras prót.	HC.5.2.2					
Los demás productos médicos no perecederos	HC.5.2.3-5.2.9					
<i>Servicios de prevención y salud pública</i>	HC.6	Tod. las r. act.				
<i>Administración de la salud y los seguros médicos</i>	HC.7	Tod. las r. act.				
<i>Gasto corriente total en salud</i>	HC.1-HC.7	Tod. las r. act.				

1. Por ejemplo, profesionales paramédicos y proveedores de medicina alternativa.

2. Este rubro incluye los laboratorios clínicos, la imaginología diagnóstica y el transporte de pacientes.

3. Incluidos el ajuste de prótesis, los exámenes visuales y otros servicios de proveedores de estos bienes.

HF2 Sector privado	HF.2.1 Seg. social privada	HF.2.2 Empr. de seguros privadas	HF.2.3 Gasto directo privado de los hogares	HF.2.4 ISFLSH (excepto seguros sociales)	HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)	HF3 Resto del mundo

Tabla 2. Gasto corriente en salud por función y proveedor

		Rama de actividad proveedora de atención de la salud									
		HP:1	HP:2	HP:3	HP:3.1	HP:3.2	HP:3.3	HP:3.4	HP:3.5	HP:3.6	HP:3.9
		Hospitales	Establecim. de atenc. medicaliz. y residencial	Prov. de atenc. amb.	Consult. médicos	Consult. odontol.	Consult. de otros prof. de salud	Centros de atenc. ambul.	Laborat. méd. y de diag.	Prov. atenc. domic.	Demás prov. de at. amb.
Atenc. de la salud por función	Cód. ICHA-HC										
<i>Atención hospitalaria</i>											
Asist. curativa y rehabilitación	HC.1.1;2.1										
Atención de larga duración	HC.3.1										
<i>Servicios de hosp. de día</i>											
Asist. curativa y rehabilitación	HC.1.2;2.2										
Atención de larga duración	HC.3.2										
<i>Atención ambulatoria</i>											
Asist. curativa y rehab. amb.	HC.1.3; 2.3										
Serv. méd. y diag. básicos	HC.1.3.1										
Asistencia odontológica amb.	HC.1.3.2										
Los demás servicios de asist. especializada	HC.1.3.3										
Los demás serv. de asistencia ambulatoria	HC.1.3.9										
<i>Servicios auxiliares de atención de la salud</i>											
Prod. méd. dispensados a pacientes ambulatorios	HC.4										
Productos farmacéuticos y otros prod. méd. perecederos	HC.5										
Disp. terapéut. y otros prod. méd. no perecederos	HC.5.1										
	HC.5.2										
Gasto total en asistencia de la salud individual											
Servicios de prevención y de salud pública	HC.6										
Administración de la salud y los seguros médicos	HC.7										
Gasto total en salud											

Esta tabla muestra los empleos finales totales de las unidades residentes de servicios y bienes de atención de la salud, por función y rama de actividad proveedora a precios corrientes (de adquisición). El cálculo requerirá tanto un análisis de las cuentas y los datos de actividad de los proveedores, como la estimación de la producción por grupos de proveedores. En un primer tiempo, deben separarse la producción de bienes y servicios de atención de la salud y la producción que no corresponde a la atención de la salud. Esto es especialmente pertinente en el caso de los establecimientos de atención medicalizada y residencial y de los que proporcionan atención domiciliaria. Una parte considerable de la producción de estos proveedores puede no corresponder a la atención de la salud y debe restarse de su producción total a la hora de ajustar las cuentas de salud y las cuentas de producción de los proveedores. Los establecimientos de venta al detalle de productos médicos pueden vender también una proporción considerable de productos de otro tipo. El modelo input-output que se describe en el capítulo 8 ilustra cómo pueden comprobarse estas estimaciones para evitar duplicaciones u omisiones en la contabilidad. Las importaciones y exportaciones deberán estimarse por separado.

En el caso ideal será posible –por lo menos para las principales ramas de actividad, como los hospitales– realizar una doble verificación de la producción de atención de la salud por proveedor, mediante

Rama de actividad proveedora de atención de la salud											RDM
HP4 Minor. y otros prov. de prod. méd.	HP.4.1 Farmacias	HP.4.2-4.9 Demás formas de venta	HP5 Sum./adm. de prog. de salud públ.	HP6 Admin. gral. salud y seguros	HP.6.1 Admin. públ. (exc. seg. social)	HP.6.2 Adm. de seg. social	HP.6.3 Otros seg. social.	HP.6.4 Otros seg. (priv.)	HP.6.9 Demás prov. adm. salud	HP7 Demás ramas de actividad	HP9 Resto del mundo

la deducción de los elementos antes mencionados de la producción global (método directo) y la suma de los servicios (y bienes) por tipos de atención y fuente de financiación (método indirecto). La estimación del rubro “Las demás ramas de actividad” solo es posible de manera indirecta, mediante la identificación de los servicios y bienes correspondientes. Sin embargo, en el caso de muchas ramas de actividad no se contará con encuestas ni registros de calidad suficiente para el cálculo fiable de estimaciones directas.

La producción oculta puede ser parte importante de la producción de ciertos tipos de establecimientos de algunos países (como los médicos que atienden en su consultorio particular, además de en un hospital). La introducción de encuestas a las empresas en las ramas de actividad de atención de la salud –especialmente en las ramas de atención ambulatoria y de atención medicalizada y residencial– puede ser un instrumento importante para mejorar las cuentas de salud.

La prestación de servicios de salud pública y administración de la salud por las administraciones públicas –aunque asignados a otras clases de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU, Rev.3)– pueden ser difíciles de adjudicar a establecimientos concretos. Las normas de estimación que se aplican actualmente deberán documentarse en metadatos.

Tabla 3. Gasto corriente en salud por proveedor y fuente de financiación

		Gasto corriente en salud total	HF.1 Admin. públ.	HF.1.1 Adm públ. (exc. seg. social)	HF.1.2 Adm. segur. social
<i>Bienes y servicios de atenc. de la salud por rama proveedora</i>					
Hospitales	HP.1				
Establ. de atención medicalizada y residencial	HP.2				
Proveedores de atenc. amb.	HP.3				
Consultorios médicos	HP.3.1				
Consultorios odontológicos	HP.3.2				
Cons. de otros prof. de salud	HP.3.3				
Centros de atenc. amb.	HP.3.4				
Laborat. méd. y de diag.	HP.3.5				
Prov. de atenc. domic.	HP.3.6				
Demás prov. de atenc. amb.	HP.3.9				
Minor. y otros prov. de productos médicos	HP.4				
Farmacias	HP.4.1				
Demás formas de venta	HP.4.2-4.9				
Suministro y admin. de prog. de salud pública	HP.5				
Administración general de la salud y los seguros	HP.6				
Adm. públ. (exc. seg. social)	HP.6.1				
Adm. de seg. social	HP.6.2				
Otros seguros sociales	HP.6.3				
Otros seguros (privados)	HP.6.4				
Demás prov. de admin. salud	HP.6.9				
Las demás ramas de actividad (resto de la economía)	HP.7				
Prov. serv. de med. trabajo	HP.7.1				
Hogares prov. atenc. dom.	HP.7.2				
Demás ramas prod. secund.	HP.7.9				
Resto del mundo	HP.9				

Esta tabla muestra los empleos finales totales de las unidades residentes de bienes y servicios de atención de la salud por rama de actividad proveedora y fuente de financiación a precios corrientes (de adquisición). Se basa en la clásica tabulación cruzada que se utiliza en muchas Cuentas Nacionales de Salud. También proporciona un medio para cotejar la estimación de la producción por proveedor. Para las estimaciones de esta tabla deberán combinarse y conciliarse los datos sobre financiación de fuentes administrativas y los suministrados por las ramas de actividad.

HF.2 Sector privado	HF.2.1 Seg. social privada	HF.2.2 Empr. de seguros privadas	HF.2.3 Gasto directo privado de los hogares	HF.2.4 ISFLSH (exc. segur. sociales médicos)	HF.2.5 Socied. (exc. seguros)	HF.3 Resto del mundo

El desglose del gasto de los hogares puede calcularse en parte indirectamente restando el gasto público del total de la producción de atención de la salud de algunas ramas de actividad que cuentan con datos detallados (por ejemplo, las farmacias). Además, las encuestas sobre el consumo de servicios de salud por parte de los hogares, concebidas a veces para recoger todo tipo de estadísticas necesarias para la organización de los sistemas de salud, constituyen un elemento esencial de los sistemas nacionales de información en el ámbito de la salud.

Tabla 4. Gasto corriente en salud por función y fuente de financiación

	Gasto total	HF.1 Admin. públ.	HF.1.1 Adm públ. (exc. seg social)	HF.1.2 Adm. segur. social
<i>Gasto corriente en atención de la salud</i>				
Servicios de atenc. de la salud	HC.1- HC.3			
Servicios hospitalarios				
Hospitalización de día				
Servicios ambulatorios				
Servicios domiciliarios				
Serv. aux. de aten. de la salud	HC.4			
Prod. méd. disp. a pac. amb.	HC.5			
Prod. farm./prod. méd. perec.	HC.5.1			
Disp. terap./prod. méd. no perec.	HC.5.2			
Bienes/servicios atenc. salud indiv.	HC.1- HC.5			
Serv. de prevenc. y salud públ.	HC.6			
Admin. de la salud y seg. méd.	HC.7			

Esta tabla muestra los empleos finales totales de las unidades residentes de bienes y servicios de atención de la salud, por función y fuente de financiación a precios corrientes (de adquisición). Para rellenar esta tabla cumplirán una función esencial las hipótesis y modelos de estimación (a manera de "claves" para la asignación de servicios). La organización y estructura actuales de los sistemas de información sobre salud pueden no corresponder a los desgloses funcionales propuestos. Como primera aproximación tendrán que aplicarse reglas de estructura relativamente sencilla para asignar el gasto a los servicios, por ejemplo, mediante la simple asignación de los programas de salud en su conjunto a las funciones HC.1 a HC.5.

HF.2 Sector privado	HF.2.1 Seg. social privada	HF.2.2 Empr. de seguros privadas	HF.2.3 Gasto directo privado de los hogares	HF.2.4 ISFLSH (exc. segur. sociales)	HF.2.5 Socied. (exc. seguros médicos)	HF.3 Resto del mundo

Tabla 5. **Gasto total en salud, incluidas las funciones relacionadas con ella**

	Gasto total	HF.1 Admin. públ.	HF.1.1 Adm públ. (exc. seg. social)	HF.1.2 Adm. segur. social
<i>Bienes y servicios de atención de la salud por función</i>				
Serv. de asist. curativa y de rehab.	HC.1, HC.2			
Serv. de atenc. de larga duración	HC.3			
Serv. aux. de aten. de la salud	HC.4			
Prod. méd. disp. a pac. amb.	HC.5			
Prod. farm./prod. méd. perec.	HC.5.1			
Disp. terap./prod. méd. no perec.	HC.5.2			
Bienes/servicios atenc. salud indiv.	HC.1- HC.5			
Serv. de prevenc. y salud públ.	HC.6			
Admin. de la salud y seg. méd.	HC.7			
Gasto corriente en salud total				
Formación bruta de capital	HC.R.1			
Gasto en salud total				
<i>Rubros pro memoria: funciones relacionadas con la salud</i>				
Formación del personal sanitario	HC.R.2			
I+D en el ámbito de la salud	HC.R.3			
Control alimentos, higiene, agua	HC.R.4			
Salud ambiental	HC.R.5			
Adm. y sum. de serv. sociales en especie personas enfer. o discap.	HC.R.6			
Adm. y sum. de prestaciones relac. con la salud, en especie	HC.R.7			

Además de los rubros de la tabla 4, la tabla 5 muestra los gastos en rubros relacionados con la salud, como los *pro memoria* –pero solo para el desglose básico en gasto público y privado (la mayor parte del gasto en funciones relacionadas con la salud es financiada por fuentes públicas y corresponde a funciones típicas de las administraciones públicas).

HF.2 Sector privado	HF.2.1 Seg. social privada	HF.2.2 Empr. de seguros privadas	HF.2.3 Gasto directo privado de los hogares	HF.2.4 ISFLSH (exc. segur. sociales)	HF.2.5 Socied. (exc. seguros médicos)	HF.3 Resto del mundo

Tabla 6. Gasto individual en salud por categorías principales de la CIE

	HC.1-HC.3					HC.4	HC.5	HC.5.1	HC.5.2	HC.1-HC.5
	Servicios de salud individual	Servicios hospitalarios	Hospit. de día	Servicios ambulat.	Servicios domic.	Servicios aux. de atenc. de la salud	Product. médicos pacientes ambul.	Prod. farmac. y otros prod. médicos perez.	Dispos. terap. y otros prod. méd. no perez.	Bienes y servicios de salud individual totales
Enfermedades infecciosas y parasitarias										
Neoplasias										
Enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas y trastornos de la inmunidad										
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos										
Trastornos mentales										
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos										
Enfermedades del aparato circulatorio										
Enfermedades del aparato respiratorio										
Enfermedades del aparato digestivo										
Enfermedades del aparato genitourinario										
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio										
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo										
Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo										
Anomalías congénitas										
Ciertas enfermedades del período perinatal										
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos										
Traumatismos y envenenamientos										
Todas las demás categorías										
<i>Gasto individual en salud total</i>										

Esta tabla muestra el gasto individual en salud por categorías principales de la CIE. En un número creciente de países se cuenta con un desglose del gasto en salud en las categorías principales de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Hoy en día estas estimaciones difieren ampliamente en cuanto a cobertura y metodología de estimación y habitualmente dependen de un amplio conjunto de hipótesis o de muestras bastante pequeñas. Los metadatos sobre estos tipos de estimaciones pueden encontrarse en *Datos sobre Salud de la OCDE*.

Tabla 7: Gasto en salud individual por edad y género

	0-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	85+
Hombres							
<i>Servicios de salud individuales</i>							
Servicios hospitalarios							
Hospitalización de día							
Servicios ambulatorios							
Atención domiciliaria							
Servicios auxiliares de atención de la salud							
<i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i>							
Productos farmacéuticos y otros prod. méd. perecederos							
Dispositivos terap. y otros prod. méd. no perecederos							
Bienes y servicios de salud individual totales							
Mujeres							
<i>Servicios de salud individuales</i>							
Servicios hospitalarios							
Hospitalización de día							
Servicios ambulatorios							
Atención domiciliaria							
Servicios auxiliares de atención de la salud							
<i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i>							
Productos farmacéuticos y otros prod. méd. perecederos							
Dispositivos terap. y otros prod. méd. no perecederos							
Bienes y servicios de salud individual totales							

Este cuadro muestra el gasto corriente en salud individual por edad y género. En un número creciente de países de la OCDE se dispone de encuestas y estimaciones piloto. Además, se considera que la calidad de las estimaciones correspondientes de muchos países dista mucho de ser satisfactoria para la elaboración de políticas y la planificación en el ámbito de la salud. Sería útil investigar cómo cambiarían las estimaciones existentes de los perfiles de edad si, conforme a las definiciones de la ICHA, se aplicaran los límites comunes de la atención de la salud individual.

Tabla 8. Muestra de índices de precios en la atención de la salud

		IPC	Deflactor de la producción	
			Producción de mercado	Producción no de mercado
HP.1	Hospitales	X	X	X
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	X	X	X
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	X	X	
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública			X
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos			X
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos			
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	X		
HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción	X		
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre	X		
HC.5.1.3	Otros productos médicos perecederos	X		
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros prod. médicos no perecederos	X		
HC.5.2.1	Lentes y otros productos ópticos	X		
HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis	X		
HC.5.2.3	Ayudas auditivas	X		
HC.5.2.4	Dispositivos médicos técnicos, incluidas las sillas de ruedas	X		
HC.5.2.9	Los demás productos médicos no perecederos	X		

La estructura básica de esta tabla se describe en el capítulo 7, que trata de la medición de índices de precios. El conjunto de productos médicos se amplía en esta tabla para abarcar toda la gama de categorías de productos médicos de la clasificación funcional ICHA-HC. Esta gama ampliada de productos es particularmente pertinente para el IPC.

Tabla 9. Comercio internacional de atención de la salud

	Importac. totales	Atención de la salud relacionada con viajes al extranjero		Seguros médicos y de accidentes
		Producción de mercado	Producción no de mercado	
<i>Importaciones de atención de la salud por rama de actividad proveedora</i>				
HP.1	Hospitales	X	X	
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	X	X	
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	X	X	
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos		X	
HP.4.1	Farmacias		X	
HP.4.2-4.9	Las demás formas de venta de productos médicos		X	
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos			X
HP.6.4	Otros seguros (privados)			X
HP.7	Las demás ramas de actividad		X	

Esta tabla presenta las importaciones de atención de la salud por rama de actividad proveedora y tipo de importación. Los servicios de atención de la salud utilizados por residentes durante viajes al extranjero se distinguen de los servicios de seguros. El comercio internacional de servicios de atención de la salud no se ha integrado aún en los sistemas de notificación estadística de la mayoría de países de la OCDE. Las estimaciones disponibles tienden a subestimar gravemente el comercio internacional de atención de la salud. La coordinación de los esfuerzos dedicados al análisis estadístico del comercio internacional de servicios y del turismo contribuiría a aclarar este ámbito de importancia creciente para las políticas nacionales de salud.

Tabla 10. Empleo total en las ramas de actividad de atención de la salud

		Empleos médicos y paramédicos	Otros empleos	Empleo total	Equivalencia a tiempo completo
HP.1	Hospitales				
HP.1.1	Hospitales generales				
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones				
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)				
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial				
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada				
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones				
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad				
HP.2.9	Los demás establecimientos de atención residencial				
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria				
HP.3.1	Consultorios médicos				
HP.3.2	Consultorios odontológicos				
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales sanitarios				
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria				
HP.3.4.1	Centros de planificación familiar				
HP.3.4.2	Centros ambulatorios de salud mental y adicciones				
HP.3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria				
HP.3.4.4	Centros de diálisis				
HP.3.4.5	Los demás centros ambulatorios multidisciplinarios y en sociedad				
HP.3.4.9	Los demás centros ambulatorios públicos e integrados de atención				
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico				
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria				
HP.3.9	Los demás proveedores de atención ambulatoria				
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos				
HP.4.1	Farmacias				
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos				
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas				
HP.4.4	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas)				
HP.4.9	Las demás formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos				
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública				
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos				
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas				
HP.6.2	Administraciones de seguridad social				
HP.6.3	Otros seguros sociales				
HP.6.4	Otros seguros (privados)				
HP.6.9	Los demás proveedores de administración de la salud				

Esta tabla presenta la situación del empleo en el sector de la salud, tanto en número de asalariados como en horas trabajadas o equivalentes a tiempo completo. El *empleo en el sector de la salud* comprende la gama de ocupaciones (según el código de la CIUO) que se presenta en el anexo A.1 del presente manual. Sería deseable un desglose adicional del empleo por niveles educativos.

3. FUNCIONES BÁSICAS Y LÍMITES GLOBALES DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

- 3.1. El consenso respecto a una clasificación funcional común y a los límites de lo que se considera atención de la salud es fundamental para la compleja tarea de establecer comparaciones internacionales. La clasificación funcional de la ICHA-HC, propuesta como una de las tres dimensiones de la clasificación internacional de cuentas de salud (*Classification for Health Accounts*, ICHA), tiene por objeto aportar directrices detalladas que permitan establecer límites armonizados y uniformes y notificar un número suficientemente elevado de subcategorías pertinentes para los planificadores y los responsables de la formulación de políticas del sector de la salud. En el presente capítulo se analizan el ámbito de la atención de la salud propuesto en la ICHA-HC y sus categorías básicas. Los niveles de dos y tres dígitos de esta clasificación se encuentran en el capítulo 9, junto con un análisis más detallado de determinados aspectos de la delimitación. En los anexos del capítulo 9 se presentan clasificaciones cruzadas con otras clasificaciones internacionales.

LOS LÍMITES FUNCIONALES DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

- 3.2. Los límites de un sistema de atención de la salud definido funcionalmente delimitan el área de interés de las cuentas de salud. Este enfoque es “funcional” en el sentido de que se refiere a los objetivos o propósitos de la atención de la salud, como son la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y la atención a largo plazo. Aunque los límites o descriptores exactos resultarán evidentes a partir de la propia clasificación funcional, un punto de partida apropiado sería dedicar algún tiempo a la consideración explícita de los criterios que sustentan la ICHA-HC. En el resumen siguiente se establecen los principales conceptos básicos y los criterios delimitadores que se han utilizado con el fin de demarcar el ámbito de la atención de la salud a los efectos del Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

Concepto de atención de la salud que subyace en la elaboración de la clasificación funcional ICHA-HC

La atención de la salud que se ofrece en un país representa la suma de actividades desempeñadas por instituciones o individuos que persiguen, por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías médicas, paramédicas y de enfermería, los objetivos siguientes:

- promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- curación de enfermedades y reducción de la mortalidad prematura;
- atención a personas que necesitan cuidados de enfermería a causa de enfermedades crónicas;
- atención a personas que necesitan cuidados de enfermería por impedimentos, discapacidad o minusvalía;
- asistencia necesaria para tener una muerte digna;
- suministro y administración de la salud pública;
- suministro y administración de programas y seguros de salud y de otros dispositivos de financiación.

- 3.3. De los criterios enumerados se derivan varios principios que permiten delinear el ámbito de la atención de la salud dentro del SCS. El requisito previo de un nivel básico de conocimientos médicos y de enfermería se refiere, en la mayor parte de los casos, a las normas para la acreditación o autorización que se aplican al personal de salud. Esto los califica para poner en práctica sus conocimientos médicos y de enfermería. Casos límite son la medicina tradicional o prácticas alternativas aceptadas, como la medicina china, la antroposófica, etc., que tienen que tratarse individualmente en cada país.
- 3.4. En el contexto del SCS, las medidas generales de seguridad pública, como el seguimiento de normas técnicas, la seguridad vial, etc., no se consideran aplicaciones de tecnología médica y, por ello, quedan excluidas como funciones centrales de salud. Sin embargo, el control sanitario de alimentos, higiene y agua potable son funciones que se solapan entre seguridad y salud y que dentro de la ICHA-HC se consideran en una categoría independiente como funciones relacionadas con la salud, para su notificación por separado como rubro *pro memoria*. Estas funciones no están incluidas en el gasto total en salud dentro del SCS.

FUNCIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

- 3.5. El SCS está estructurado en torno a un conjunto de funciones centrales que realizan los sistemas de atención de la salud, tal como se ilustra en la tabla 3.1. A continuación se ofrece una exposición más detallada de los principios rectores. La atención de la salud comprende los servicios de salud individuales que se proporcionan directamente a las personas y los servicios colectivos que cubren las tareas tradicionales de la salud pública, como son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, incluidos el establecimiento y el cumplimiento de normas (HC.6) y la administración de la salud y los seguros médicos (HC.7). Entre los servicios individuales figuran los de tipo curativo, de rehabilitación, atención de larga duración, servicios auxiliares de atención de la salud y productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios, categoría que incluye la automedicación y otros productos consumidos por los hogares cuya obtención puede o no requerir una receta extendida por profesionales médicos o paramédicos.

Tabla 3.1. Clasificación funcional de la atención de la salud (ICHA-HC)

Código ICHA	Funciones de atención de la salud
HC.1-HC.5	Bienes y servicios de atención de la salud individual
HC.1	Servicios de asistencia curativa
HC.2	Servicios de rehabilitación
HC.3	Servicios de atención de larga duración
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
HC.6-HC.7	Servicios colectivos de atención de la salud
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos
HC.R	Funciones relacionadas con la salud
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud
HC.R.2	Formación del personal sanitario
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable
HC.R.5	Salud ambiental
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo

Fuente: Clasificación funcional ICHA-HC (nivel de un dígito) (véase el capítulo 9).

- 3.6. Las funciones de atención de la salud corresponden al consumo final de bienes y servicios con los objetivos enumerados anteriormente. Este concepto incluye no solamente actividades como los tratamientos hospitalarios o las visitas domiciliarias de profesionales paramédicos o las campañas de vacunación, sino también las actividades de apoyo vinculadas directamente con la producción y prestación de estos servicios: trabajo de oficina y otros de orden administrativo en consultorios médicos; actividades administrativas, técnicas y otras actividades de apoyo realizadas en hospitales (por ejemplo, limpieza y lavandería) (en el capítulo 5 se dan mayores detalles sobre la medición del gasto).

MODALIDADES DE PRODUCCIÓN

Atención hospitalaria, hospitalización de día, atención ambulatoria y atención domiciliaria

- 3.7. La subdivisión básica entre atención hospitalaria, hospitalización de día, atención ambulatoria y atención domiciliaria corresponde a una diferencia esencial en la organización técnica y administrativa subyacente de la atención de la salud. Por consiguiente, estos subsistemas de atención suelen estar regidos por sistemas de información considerablemente distintos. La atención hospitalaria y la hospitalización de día requieren el ingreso y el alta formales del paciente, lo que supone un volumen considerable de papeleo y estadísticas administrativas. En muchos países esto ha motivado también el diseño de formularios estándar básicos acerca de los pacientes y los tratamientos que reciben, con objeto de hacerlos comparables entre instituciones.
- 3.8. Los servicios de hospitalización de día y atención domiciliaria están adquiriendo importancia creciente y cumplen una función clave en un manejo más eficiente de los casos en los países de la OCDE. Por tanto, la hospitalización de día y la atención domiciliaria se notifican como mo-

dalidades de producción independientes. En el capítulo 9 se presentan las definiciones correspondientes, adoptadas de los sistemas nacionales de información sobre salud que sirvieron de modelo para la clasificación ICHA-HC.

Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios

- 3.9. La distinción entre las funciones HC.1 a HC. 4 (que cubren principalmente la prestación de servicios) y HC.5 (productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios) no establece una línea divisoria rígida entre los dos tipos de productos o actividades (servicios y bienes) en un sentido económico estricto. Los artículos enumerados bajo el encabezamiento de "bienes", como los productos farmacéuticos comprados en farmacias, las prótesis vendidas y adaptadas por minoristas especializados, y artículos similares, son productos conexos que se consideran bienes adquiridos o dispensados con asesoramiento médico.
- 3.10. Los productos médicos que se dispensan o prescriben a los hogares o que éstos compran por propia iniciativa con vistas a la atención domiciliaria pueden considerarse productos intermedios de la producción de servicios de atención de la salud a cargo de los hogares. Sin embargo, todos estos artículos se presentan como consumo final en el SCS. Estos bienes pueden cubrir una amplia gama que abarca desde el material para la incontinencia hasta los equipos para diálisis domiciliaria. En el capítulo 5 se presentan la definición y la medición de la producción de atención de la salud a cargo de los hogares aquí mencionada.

Servicios de prevención y de salud pública

- 3.11. Los servicios de salud pública son principalmente de carácter preventivo y comprenden una gama de servicios prestados por los poderes públicos, como la vigilancia epidemiológica y otras medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como actividades generales relacionadas con la salud pública. Esto incluye servicios especiales de salud pública, como gestión de bancos de sangre, laboratorios de servicios de salud pública y servicios de planificación familiar. Los servicios de medicina escolar deben registrarse en este rubro, mientras que los servicios de medicina penitenciaria se registran en las categorías correspondientes de atención de la salud individual.
- 3.12. Los servicios de salud pública incluyen, asimismo, la medicina del trabajo, actividad auxiliar de las empresas y la administración, que en el caso de las empresas se tratan como consumos intermedios en el SCN. En la mayoría de los países este rubro está sujeto a normativas detalladas. En el capítulo 5, referente a la medición del gasto, se incluyen recomendaciones y directrices específicas, especialmente para evitar la doble contabilidad en las ramas de actividad de atención de la salud, farmacéuticas y tecnológicas. En el anexo 9.3 del capítulo 9 se presenta una clasificación cruzada de las funciones de salud pública en la ICHA-HC y las "Funciones esenciales de salud pública" (FESP) de la OMS.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y LOS SEGUROS MÉDICOS

- 3.13. La administración de la salud y los seguros médicos son actividades de las aseguradoras privadas, de las administraciones centrales, regionales y locales, y de las administraciones de

seguridad social. Incluyen la planificación, gestión, regulación y obtención de fondos, y el tratamiento de las solicitudes de pago por las prestaciones suministradas por el sistema proveedor de servicios. Se excluye la administración de los proveedores de atención de la salud, que no se trata como función independiente en la ICHA, sino que se incluye en la valoración de las funciones de los servicios.

- 3.14. La administración de la salud y los seguros médicos se considera una función aparte, lo que equivale a disociar los bienes y servicios financiados por estas entidades de la gestión y financiación de estos bienes y servicios. Esto concuerda con la separación que se hace en la clasificación ICHA-HP de los proveedores entre las administraciones de la seguridad social y la rama de actividad de los seguros médicos, y los proveedores de servicios de atención de la salud. El registro separado de la administración no plantea dificultades cuando los servicios de atención de la salud son prestados por establecimientos diferentes de los que se ocupan de los seguros médicos y la administración de los programas. Esta función no incluye la administración y el funcionamiento de programas de protección social en forma de prestaciones en efectivo, aunque esta separación quizá resulte difícil en la práctica y solo pueda efectuarse por aproximación.
- 3.15. La distinción entre las funciones de servicios individuales y colectivos y la administración de fondos puede ser menos notoria cuando la prestación y la financiación de servicios de atención de la salud están estrechamente integradas, como puede ser el caso de convenios institucionales establecidos en un servicio nacional de salud o en ciertos tipos de organizaciones de atención de la salud u otros organismos integrados de atención sanitaria. La función HC.7, Administración de la salud y los seguros médicos corresponde aproximadamente al rubro 07.6 de la CFAP, Salud n.e.p., y al rubro 12.5.3 de la CCIF, Seguro relacionado con la salud. En el anexo 9.2 del capítulo 9 figuran otras clasificaciones cruzadas entre la ICHA-HC y la CFAP/CCIF.

OTRAS DIMENSIONES PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL

- 3.16. Como se ha explicado anteriormente, las líneas divisorias fundamentales para estructurar la clasificación funcional ICHA-HC son la distinción entre servicios de atención de la salud individual y servicios de salud pública, las finalidades básicas de la atención (curativa, de rehabilitación y de larga duración) y las modalidades de producción (hospitalización, ambulatoria, etc.). Puede trazarse una mayor subdivisión de los servicios de la salud individual con arreglo a varias dimensiones adicionales de la atención de la salud, como se enumeran en la tabla 3.2. Las clasificaciones nacionales utilizadas en las cuentas de salud suelen ser híbridas y combinar en muchos casos algunas de estas dimensiones adicionales en sus desgloses nacionales del gasto (principalmente aspectos de los pacientes o del diagnóstico, como salud mental, otras especialidades, o atención a personas de la tercera edad), además de categorías profesionales, especialidades clínicas y aspectos institucionales. A efectos de las comparaciones internacionales, estas dimensiones deberán mantenerse separadas.
- 3.17. Para varios tipos importantes de análisis de las políticas sanitarias, sería esencial establecer encuestas nacionales o series de microdatos que, integradas en sistemas exhaustivos de in-

formación sobre salud, fueran lo bastante detalladas como para permitir una notificación acorde a cualquiera de los siguientes desgloses, por lo menos para calcular modelos.

- 3.18. Se sugiere una forma complementaria de notificación, estandarizada de manera más uniforme, para las siguientes subcategorías (véase la tabla 3.3) de la clasificación funcional, en que los sistemas nacionales de información de un número creciente de países de la OCDE han presentado los datos correspondientes durante los últimos diez o quince años. La tabla 3.3 no es exhaustiva, pero ilustra cómo la Clasificación ICHA-HC puede servir de base a comparaciones internacionales más detalladas de la utilización de recursos.

Tabla 3.2. Otras dimensiones para la clasificación de los servicios de atención de la salud individual

Dimensiones	Ejemplos
Grupo destinatario	Edad y género, Zona geográfica, Nivel de renta, Estrato social, Grupo étnico
Grupo de pacientes o diagnósticos	Enfermos mentales, Ancianos, Niños, Embarazadas, etc.
Gran problema de salud	Diagnóstico principal (preferentemente según la codificación CIE)
Nivel de atención	Primaria, Secundaria, Terciaria
Especialidad clínica	Cirugía, Medicina general, etc.
Categoría profesional	Atención a cargo de médicos, enfermeras cualificadas, otro personal paramédico
Grado de dependencia	Nivel de cuidados de enfermería y ayuda social necesarios

Tabla 3.3. Transmisión complementaria de datos sobre determinadas funciones de la atención de la salud sugerida

Código ICHA-HC	Descripción	Desgloses posibles
HC.1-HC.5	Atención de la salud individual	Gasto por edad y género para las principales categorías de atención de la salud
HC.1-HC.5	Atención de la salud individual	Gasto por grandes grupos de enfermedades (CIE) (como parte del cálculo del costo de las enfermedades)
HC.1-HC.5	Atención de la salud individual	Consumo (efectivo) de atención de la salud de los hogares por deciles de renta de los hogares
HC.1-HC.5	Atención de la salud individual	Gasto en asistencia psiquiátrica y asistencia a toxicómanos Gasto en pacientes ancianos por categoría de disminución de la capacidad para actividades de la vida diaria o mediciones similares
HC.1.1	Asistencia curativa hospitalaria	Gasto, tasas de altas y duración de estancia por grupo GDR
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	Número de pacientes y contactos con la red de atención primaria
HC.5.1.1	Productos farmacéuticos	Consumo de productos farmacéuticos por grandes grupos de la clasificación ATC

- 3.19. Lamentablemente, la notificación que se hace en las comparaciones internacionales de muchos de los elementos de las tablas 3.2 y 3.3 está todavía en fase incipiente, si bien se ha logrado algún avance durante los últimos años en la transmisión del gasto por grupo de edad y categorías amplias de enfermedades (véanse estos y otros desgloses de actividades de atención de la salud, en los datos de salud de la OECD 1999a). Entre los ejemplos de clasificaciones uniformes

que ya están usándose en los cálculos complementarios del gasto en salud en una serie creciente de países figuran las tabulaciones por edad y género y por enfermedad (lo que se ha dado en llamar estimaciones del costo de las enfermedades). Ambos tipos de tablas normalizadas aportan datos importantes sobre la microestructura del gasto para la planificación de la política sanitaria.

Atención de la salud individual por edad y género

- 3.20. El gasto en salud por edad y género debe calcularse de manera periódica para el subagregado de servicios y productos de atención de la salud (es decir, atención de la salud individual) dentro del total medido de gasto en salud. La experiencia en comparaciones internacionales de gasto en salud por edad y género demuestra que es importante no usar categorías de edad demasiado amplias para la notificación uniforme (OECD, 1996*d*). Esto resulta especialmente importante en el caso de las edades más avanzadas. Según la información disponible sobre varios países de la OCDE, el gasto per cápita en salud alcanza el punto más alto en el grupo de edades de 75 a 84 años y disminuye en adelante. Por tanto, las encuestas sobre el gasto no deberán detenerse en límites de 75 u 80 años, sino incluir también estratos mayores (ante todo porque algunos grupos de enfermedades parecen desplazarse en el tiempo con el avance de la edad y pueden influir en la pendiente de la curva señalada).

ESTIMACIONES DEL COSTO DE LAS ENFERMEDADES

- 3.21. En los estudios del costo de las enfermedades se estiman los costos directos e indirectos en que se incurre durante un período determinado, por efecto de la prevalencia de la enfermedad en ese mismo período base, por lo común de un año. Los costos de la prevalencia corresponden, por tanto, al valor de los recursos utilizados o perdidos durante un período específico, independientemente de la fecha de inicio de la enfermedad. Para el SCS, se sugiere solo un desglose con arreglo a una estimación directa del costo de las enfermedades, dado el número de supuestos e hipótesis que entran en las estimaciones indirectas del costo de las enfermedades (cantidades hipotéticas de producción perdida a causa de morbilidad o muerte prematura).

FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

- 3.22. Las funciones relacionadas con la salud deben distinguirse de la lista básica de funciones de atención de la salud. Pueden estar estrechamente vinculadas con la atención de la salud en términos de funcionamiento, instituciones y personal, pero en lo posible deben excluirse cuando se midan actividades que pertenezcan a las funciones básicas de atención de la salud.
- 3.23. Es deseable notificar por separado las siguientes funciones relacionadas con la salud: Formación de capital de proveedores de atención de la salud (HC.R.1); Formación del personal sanitario (HC.R.2); Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud (HC.R.3); Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable (HC.R.4); Salud ambiental (HC.R.5), Administración y provisión de servicios sociales en especie para asistir a personas con enfermedad o impedimentos crónicos (HC.R.6) y Administración y suministro de prestaciones en efectivo relacionadas con la salud concedidas a los hogares (HC.R.7). Es deseable incluir estos rubros en encabe-

zamientos separados de los informes regulares sobre los sistemas de atención de la salud. Todas estas funciones constituyen parámetros pertinentes para las políticas sanitarias. En el capítulo 9 se dan notas explicativas para resolver los problemas de definición de límites que surgen en las funciones relacionadas con la salud.

Notificación de las actividades de apoyo a los servicios de atención de la salud y partidas contables generales

- 3.24. Las actividades de apoyo en la prestación de servicios de atención de la salud (gerencia y administración de las instituciones proveedoras, unidades de servicios técnicos, transporte, jardinería y otras) no han sido incluidas como rubros separados en la clasificación funcional, ni ésta tampoco proporciona un desglose de actividades de atención de la salud en partidas contables generales (tales como gasto en personal, diversos productos intermedios, consumo de capital fijo). Estos rubros ya están incluidos en las diversas categorías de la clasificación funcional, si se contabilizan correctamente. No existen dificultades metodológicas para notificar actividades de apoyo o partidas generales de los proveedores en la contabilidad de la salud, pero la única manera de hacerlo y evitar duplicaciones es incluir una dimensión adicional en la ICHA. No se ha considerado prioritario para las comparaciones internacionales, pero se está estudiando para una segunda versión del presente manual.

APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

- 3.25. Los rubros de la clasificación funcional se refieren a productos y, por tanto, a la *estructura funcional de la producción* de los sistemas de atención de la salud. Esto no debe confundirse con funciones que se notifican en la estructura de los costos de los proveedores o en la estructura de los insumos utilizados en la producción de servicios en forma de tratamientos médicos. Las estructuras de los costos y los insumos pueden tener rubros (o “funciones”) similares en los sistemas nacionales de notificación. Los conceptos de unidad estadística y unidad notificadora aclaran esta situación, al igual que las interrogantes respecto a cómo aplicar la clasificación funcional del SCS. Las observaciones y sugerencias siguientes en cuanto a la aplicación de la clasificación tienen por objeto, ante todo, facilitar la comprensión y la correcta interpretación de los rubros funcionales propuestos. Durante las aplicaciones piloto del SCS se elaborarán directrices más detalladas, que estarán disponibles en el sitio Internet de la OCDE/SCS mencionado en el prefacio.

La unidad estadística

- 3.26. La unidad estadística es la entidad sobre la que se compilan estadísticas relativas a las diversas funciones de la clasificación. Puede ser una unidad de observación sobre la que se recibe información y se elaboran estadísticas o una unidad analítica creada por los estadísticos por división o combinación de unidades de observación a partir de estimaciones o imputaciones, para poder aportar datos más detallados o más homogéneos.
- 3.27. En la clasificación funcional del SCS, la unidad estadística es una unidad de producción específica de servicios de atención de la salud para uso final, definida funcionalmente. La unidad

estadística más pequeña notificable puede ser un contacto de un paciente con el sistema de atención de la salud, que se asignará a una única función del ICHA-HC, con arreglo al principal procedimiento médico realizado. En la práctica, la definición de los rubros de producción tiene que tomarse de los sistemas nacionales de información sobre la salud existentes y depende en cada país de las modalidades de pago vigentes y los procedimientos de encuesta de los proveedores de estos servicios.

- 3.28. Los servicios que se clasifican de acuerdo con listas de precios en un sistema de pagos de honorarios por servicio pueden tomarse como unidades de observación que luego deben cruzarse con las funciones de la ICHA-HC por medio de tablas de conversión específicas de cada programa. Los proveedores pagados según la distribución per cápita de los costos totales de producción constituyen un ejemplo de unidad analítica. En este caso se requieren muestras de encuesta o estimaciones parciales para distribuir el costo total entre las funciones de atención de la salud, ya sea estimando el tiempo (u otras medidas de insumos) invertido en los diferentes procedimientos médicos, ya sea según el número de pacientes o casos (diagnóstico o tratamiento) atendidos.
- 3.29. Cuando se aplica a los “episodios de tratamiento” una remuneración global, como es el caso de sistemas de pago por grupos de diagnóstico relacionados (GDR), es aconsejable no dividir estos conjuntos en funciones separadas, sino asignar el tratamiento completo según el propósito principal del procedimiento médico realizado. El razonamiento en que se basa este enfoque es que las diversas prestaciones contenidas en un solo episodio de tratamiento deben considerarse insumos a la producción de ese servicio global y no productos finales.
- 3.30. En el caso de las funciones de la ICHA-HC que cubren la distribución de productos médicos se aplica el mismo criterio para distinguir entre consumo intermedio y producción. Solo el consumo de productos farmacéuticos recibidos de farmacias o proveedores (incluidas las ventas al detalle y por correspondencia) deben notificarse en la función correspondiente de la ICHA-HC. Los productos farmacéuticos consumidos en el curso de un tratamiento, como una intervención quirúrgica en condiciones hospitalarias o ambulatorias, se consideran insumos del servicio “cirugía”, que deben notificarse bajo el rubro correspondiente y no en la distribución de productos farmacéuticos. Cuando los productos farmacéuticos son dispensados directamente por el personal sanitario hay que tratar de distinguir entre el gasto en productos farmacéuticos y el gasto en el tratamiento. Las directrices al respecto deberán establecerse conforme al caso particular de cada país.
- 3.31. Existen otros casos límite en los que esta distinción podría cuestionarse. Un ejemplo sería una estancia hospitalaria cuya principal finalidad es identificar el medicamento y la dosis más apropiados y beneficiosos. Conforme a los criterios propuestos, el mismo tratamiento farmacéutico se clasifica de forma distinta en la fase inicial y la fase de seguimiento. Del mismo modo, los productos de diálisis utilizados en los hospitales son insumos del tratamiento de diálisis, como función de atención de la salud, y no deben registrarse por separado. No obstante, los mismos productos utilizados para la diálisis domiciliaria deben registrarse por separado.
- 3.32. El gasto que se presenta bajo “Productos médicos” puede interpretarse como insumos de la producción de los hogares de atención de la salud a domicilio, ya sea por el propio paciente o

con la ayuda de los miembros del hogar. La pregunta de “cuántos productos farmacéuticos o médicos de una clase específica se emplean en la producción o consumo de servicios de salud en un país” solo puede contestarse introduciendo una *distribución funcional para la estructura del costo* complementaria (consumos intermedios y valor agregado) en las ramas de actividad de servicios de salud. Conceptualmente esto no debería plantear problemas, pero las encuestas estadísticas necesarias para rellenar tales tablas pueden ser muy complejas. Para determinados rubros, como los productos farmacéuticos, la información correspondiente está disponible en muchos países –no solo en los archivos de la industria farmacéutica– y ha pasado a formar parte de la notificación comparativa internacional de los países de la OCDE (véase OECD 1999a).

4. RAMAS DE ACTIVIDAD PROVEEDORAS DE SERVICIOS DE SALUD

INTRODUCCIÓN

- 4.1. La producción y la prestación de servicios de atención de la salud y su financiación tienen lugar en una gran variedad de marcos institucionales que difieren de un país a otro. La forma de organizar los servicios de atención de la salud es un reflejo de la división del factor trabajo entre proveedores de servicios de atención de la salud específica de cada país, cada vez más compleja en muchos países. Es un fenómeno común que instituciones con nombres del tipo de “hospital general”, “hospital de agudos” u “hospital psiquiátrico” no desempeñen funciones idénticas en los diferentes sistemas de salud. En muchos países se observa una tendencia a una mayor integración vertical en el sector hospitalario, donde algunas instituciones incluyen números crecientes de subunidades (tanto para internamiento como para consulta externa) bajo un solo techo, a veces para lograr una combinación más rentable entre los bienes y servicios de salud y otros no relacionados con ésta.
- 4.2. La clasificación de las ramas de actividad de atención de la salud cumple el propósito de ordenar las instituciones específicas de cada país en categorías comunes, de aplicación internacional, y de proveer instrumentos para vincular con el SCS los datos sobre personal y otros insumos de recursos, así como sobre la producción y los resultados. El desglose institucional del sector de los servicios de atención de la salud en categorías de proveedores constituye también uno de los fundamentos del modelo económico del sistema de atención de la salud, según se analiza en el capítulo 8.
- 4.3. En el presente capítulo se propone una clasificación de las unidades institucionales del sistema de atención de la salud, la clasificación de proveedores de las ramas de actividad de atención de la salud ICHA-HP. Esta clasificación se presenta en detalle en el capítulo 10, donde se explica también la clasificación cruzada entre la ICHA-HP y la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU, Rev. 3). Esa clasificación cruzada resulta esencial, puesto que la CIIU seguirá

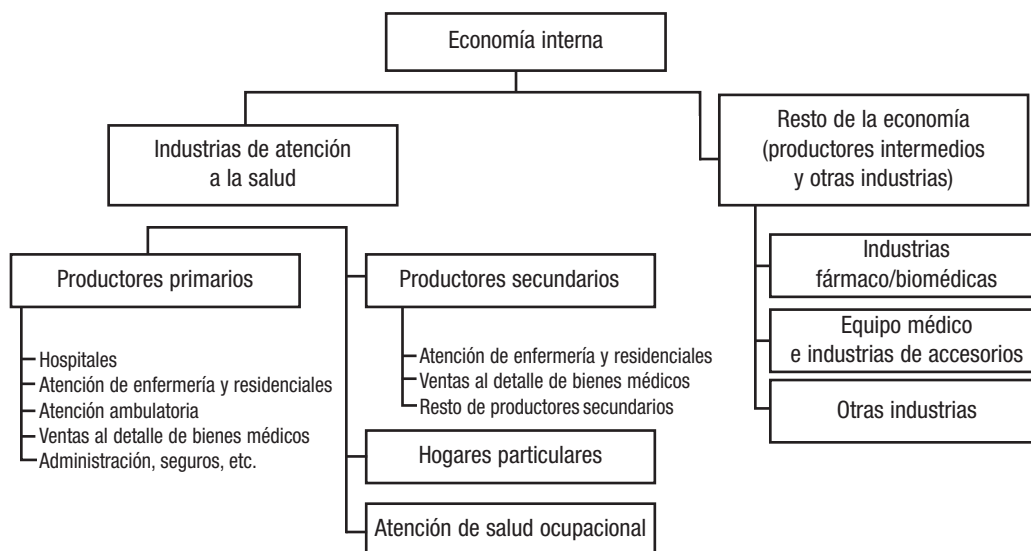
marcando la pauta para las encuestas a las empresas, las encuestas de población activa y los censos. El criterio básico para clasificar los proveedores de servicios de salud por ramas de actividad con arreglo a la ICHA-HP será la actividad principal de los establecimientos. Esto significa que las normas fundamentales para aplicar la clasificación institucional de la ICHA-HP serán idénticas a las de la CIU.

- 4.4. La clasificación de las unidades institucionales de proveedores de servicios de atención de la salud vinculan el gasto en salud con su producción, lo que incluye los recursos utilizados (personal, instalaciones). Sería muy conveniente que las estadísticas nacionales conservaran un vínculo bien definido (clasificaciones cruzadas) entre la dimensión institucional de las Cuentas Nacionales de Salud, la clasificación ICHA-HP de proveedores y las estadísticas industriales de la CIU. En el capítulo 10 se propone una clasificación cruzada de la ICHA-HP y la CIU.

LAS RAMAS DE ACTIVIDAD PROVEEDORAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN LA ECONOMÍA

- 4.5. La clasificación de proveedores ICHA-HP comprende productores tanto primarios como secundarios de servicios de salud. La principal actividad de los productores primarios la constituyen los servicios de atención de la salud; por ejemplo, hospitales y consultorios médicos. Los productores secundarios proporcionan dicha atención como servicio secundario que complementa su actividad principal; por ejemplo, instituciones de atención residencial que proporcionan principalmente servicios sociales, como las residencias, pero en combinación con atención de la salud, como sería la atención de larga duración o la atención psiquiátrica. Por consiguiente, la ICHA-HP clasifica los productores primarios y secundarios y varias

Gráfico 4.1. Proveedores de atención de la salud en la economía



categorías de la ICHA-HP pueden abarcar ambos tipos; por ejemplo, los minoristas de productos médicos, la administración, y la atención de enfermería y residencial.

- 4.6. Los fabricantes de productos intermedios de la atención de la salud no se consideran proveedores de cuidados médicos en la ICHA-HP. Pueden citarse como ejemplos los siguientes rubros de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU, Rev. 3).
 - 2423 Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos;
 - 3311 Fabricación de equipo médico y quirúrgico y de aparatos ortésicos y protésicos.
- 4.7. La ICHA-HP se aparta de las clasificaciones industriales convencionales al incluir a los hogares, que en casos excepcionales se consideran proveedores de servicios de atención de la salud y de medicina del trabajo en el SCS (véase el capítulo 5). En el gráfico 4.1 se ofrece un resumen del desglose de la economía nacional en ramas de actividad proveedoras de atención de la salud y otras ramas de actividad subyacente a la ICHA-HP.

CLASIFICACIÓN DE LAS RAMAS DE ACTIVIDAD PROVEEDORAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- 4.8. La Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU, Rev. 3) ha debido afinarse y modificarse para satisfacer las necesidades del SCS. En primer lugar, la Sección N original, “Servicios sociales y de salud”, no es lo bastante detallada. Por ejemplo, no se enumeran explícitamente los centros públicos y otros proveedores de servicios de salud integral.
- 4.9. Aparentemente, la CIIU no ha evolucionado lo bastante para adaptarse a las amplias reformas organizativas que se han producido en los sistemas de atención de la salud. Las instituciones de atención de la salud mixtas, como las que prestan servicios combinados de internamiento y consulta externa, lo mismo que las unidades de atención integral, como los centros públicos comunitarios, no encajan fácilmente en la CIIU. El Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN), de reciente creación, constituye un buen punto de partida para la clasificación de las instituciones de atención de la salud, ya que aporta tanto el grado de detalle suficiente para reflejar sistemas de atención de la salud complejos y en rápida evolución, como definiciones generales para los sistemas de atención de la salud aplicables en una gama más amplia de países. En esencia, la clasificación de las ramas de actividad ICHA-HP propuesta es una adaptación de esta clasificación para responder a las necesidades de los países de la OCDE (tabla 4.1).

OTRAS CLASIFICACIONES INSTITUCIONALES

- 4.10. La clasificación de proveedores ICHA-HP no distingue entre propiedad o control públicos o privados de las instituciones, el tamaño o el estatuto legal de los establecimientos o los aspectos regionales (hospitales locales frente a centros regionales o nacionales para atención de urgencia). En muchas Cuentas Nacionales de Salud habrá que proceder a un desglose adicional de conformidad con estos criterios, que deberá decidirse en función de cada caso.
- 4.11. Además, una sectorización institucional completa de las instituciones de atención de la salud acorde a las directrices del SCN aportaría información útil acerca del papel económico de las

Tabla 4.1. Clasificación de los proveedores de atención de la salud (ICHA-HP)

Código ICHA	Proveedor de servicios de salud
HP.1	Hospitales
HP.1.1	Hospitales generales
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad
HP.2.9	Los demás establecimientos de atención residencial
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria
HP.3.1	Consultorios médicos
HP.3.2	Consultorios odontológicos
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales de salud
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria
HP.3.9	Los demás proveedores de atención ambulatoria
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos
HP.4.1	Farmacias
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas
HP.4.4	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas)
HP.4.9	Las demás formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública
HP.6	Administración de la salud y los seguros médicos
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas
HP.6.2	Administraciones de seguridad social
HP.6.3	Otros seguros sociales
HP.6.4	Otros seguros (privados)
HP.6.9	Los demás proveedores de administración de la salud
HP.7	Las demás ramas de actividad (resto de la economía)
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria
HP.7.9	Las demás ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud
HP.9	Resto del mundo

instituciones y serviría de enlace con los sistemas nacionales de información económica. En la tabla 4.2 se muestran las clasificaciones básicas utilizadas en el SCN para el agrupamiento por sector y tipo de unidad y se brindan ejemplos de las instituciones de salud correspondientes. Una categorización del sistema de salud en sectores del SCN puede ser también un requisito en el caso de las cuentas satélite de la salud, dependiendo del grado de vinculación con la estructura central del SCN que se elija (capítulo 8).

4.12. La subdivisión de las instituciones del sector de las administraciones públicas, de los seguros sociales y de otros tipos de seguros es muy similar a la clasificación sectorial básica del SCN (en el capítulo 6 se dan mayores detalles y orientación sobre el desglose de las fuentes de financiación).

Tabla 4.2. Instituciones de atención de la salud por sector y tipo

Tipo de unidad institucional	Sector del Sistema de Cuentas Nacionales				
	Sociedades no financieras	Sociedades financieras	Administraciones públicas	Hogares	ISFLSH
Sociedades	Proveedores de atenc. de la salud (instalaciones públicas y privadas)	Seguros médicos y de accidentes privados			
Unidades de las administraciones públicas (central, regional, local y seguridad social)			Adm. salud pública; adm. programas de salud; regímenes seguridad social		
Hogares				Atención domiciliar para uso propio final	
Instituciones sin fines de lucro (ISFL)	Proveedores privados de atención de la salud sin fines de lucro	Seguros médicos sociales privados	ISFL no de mercado que suministran atenc. de la salud, control. y financiadas ppalmente por las adm. públicas		ISFL no de mercado que suministran atenc. de la salud; financiadores benéficos de atenc. de la salud

El modelo de la OMS de los niveles de atención

4.13. Por añadidura, algunos países han adoptado el modelo de la OMS de categorizar los establecimientos de salud por niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. El desglose de las instituciones en estas categorías –cuando existe– es de particular interés para el seguimiento de las políticas sanitarias. En la actualidad, la terminología no se ha estandarizado debidamente ni se usa de manera uniforme en los países de la OCDE para poderse utilizar en el SCS. Una clasificación cruzada de la terminología nacional de las instituciones y de la clasificación de proveedores de la ICHA-HP permitiría identificar mecanismos de planificación específicos de cada país en lo referente a las ramas de actividad de atención de la salud.

APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD ICHA-HP

4.14. La unidad estadística, es decir, la unidad sobre la que se elaboran estadísticas en el SCS es la misma para las tres dimensiones de la ICHA (véase el capítulo 3), para permitir la clasificación cruzada del gasto en tablas multidimensionales (véanse las tablas normalizadas propuestas en el capítulo 2).

Unidad notificadora de la clasificación institucional

4.15. La unidad notificadora es la entidad de la que se obtienen los datos recomendados. Puede ser una empresa que presta servicios de atención de la salud sobre la que se recibe información y

se elaboran estadísticas o una unidad analítica creada por división o combinación de unidades de observación a partir de estimaciones o imputaciones, para poder aportar datos más detallados o más homogéneos.

- 4.16. Lo ideal sería que la unidad notificadora más pequeña en una distribución institucional del SCS correspondiera a un establecimiento que produce una gama homogénea de servicios que dan a dicho establecimiento una función bien definida, comparable internacionalmente, en la división del factor trabajo dentro del sistema de salud de un país específico. Se trata de unidades que cuentan con su propia contabilidad por lo que es posible vincular de manera directa los datos sobre insumos (estructura de los costos) y producción con los datos sobre el gasto.

Recursos humanos y empleo en la atención de la salud

- 4.17. El marco de la ICHA-HP permite calcular un conjunto de agregados nacionales y distribuir los recursos humanos y el empleo en el SCS. En el anexo A.1 del presente manual se propone un método para medir los recursos humanos de la atención de la salud según un enfoque de stocks y flujos que permite definir de diversas formas las profesiones médicas y paramédicas. Las estadísticas más importantes son:
- empleo total en las ramas de actividad de servicios de atención de la salud, que es la suma de las personas que trabajan en una de las unidades institucionales antes definidas, distribuidas con arreglo a la ICHA-HP, medidas preferiblemente como equivalencias a tiempo completo;
 - empleo total de las profesiones médicas y paramédicas en las ramas de actividad de atención de la salud, distribuidas también con arreglo a la ICHA-HP.

Instalaciones médicas y stocks de equipo médico

- 4.18. Las listas de instituciones de servicios de atención de la salud de cada país son el punto de partida de las encuestas nacionales sobre las ramas de actividad de atención de la salud que proporcionan datos acerca del volumen de capital y los recursos de atención de la salud en términos no monetarios. Es deseable contar con una gama de indicadores para medir el equipo médico y las instalaciones médicas específicos, como las camas en las instituciones y los equipos de alta tecnología. Para garantizar la coherencia con las series de estadísticas sobre el gasto, hay que establecer una clasificación cruzada de estos datos con la clasificación institucional ICHA-HP. Una vez establecida la lista de instituciones y esa clasificación cruzada con la ICHA-HP en el caso de un país específico, no será difícil proceder a la clasificación, por ejemplo, del empleo.

5. MEDICIÓN DEL GASTO EN ATENCIÓN DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

- 5.1. El presente capítulo proporciona definiciones para las mediciones agregadas del gasto en atención de la salud. Por consiguiente, reviste gran importancia para el SCS. Las normas contables propuestas corresponden a las directrices del SCN y por ello son compatibles con las normas contables comunes reconocidas internacionalmente para definir los agregados económicos nacionales. El capítulo 8, referente al análisis y las cuentas satélites de salud, amplía esta reflexión sobre la modelización económica de los servicios de salud y su integración en el marco central de las cuentas nacionales, para el uso de los expertos de los países que elaboran o estudian la posibilidad de elaborar cuentas satélite para su sistema nacional de atención de la salud.

ESTIMACIÓN DE LOS TOTALES NACIONALES

El **gasto total en salud** mide el uso final de las unidades residentes de bienes y servicios de atención de la salud, más la formación bruta de capital de las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud (instituciones cuya actividad principal es la atención de la salud).

- 5.2. Por tanto, el gasto total en salud mide los recursos económicos que un país gasta en las funciones HC.1 a HC.7 de bienes y servicios de atención de la salud, incluidas la administración y los seguros, más la formación bruta de capital de las ramas de actividad de atención de la salud (tabla 5.1). Parece importante distinguir entre el gasto corriente total en salud y la formación bruta de capital de las ramas de actividad de atención de la salud. La formación bruta de capital de las ramas de actividad de atención de la salud es el gasto que incrementa los stocks de recursos del sistema de atención de la salud y dura más de un período contable de un año. La formación bruta de capital puede subclasificarse, además, por tipo de unidad institucional implicada en la prestación de servicios de atención de la salud (véase el capítulo 4).
- 5.3. De acuerdo con la definición anterior, el gasto total es parte del gasto interno bruto total. Por definición, no debe incluir las exportaciones de servicios de atención de la salud, como son los prestados por unidades residentes a extranjeros, pero incluye las importaciones de servicios de atención de la salud, como son los gastos en salud de turistas y otras personas que viajan al extranjero.

- 5.4. En el presente capítulo se ofrecen directrices sobre los siguientes aspectos, que son fundamentales para la estimación de los totales nacionales del gasto en salud, en una forma que permite la comparación internacional:
- dónde trazar los límites de la producción de servicios de atención de la salud;
 - cómo tratar las subvenciones y otras transferencias a las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud;
 - la medición de la producción de mercado y no de mercado de servicios de atención de la salud;
 - el comercio exterior de bienes y servicios médicos;
 - el momento del registro y el principio del devengo.
- 5.5. Se dan, además, algunas sugerencias para la estimación del gasto en funciones relacionadas con la salud distintas de la formación de capital de las ramas de actividad proveedoras.

Tabla 5.1. Límites funcionales del gasto total en salud

Código	Descripción
HC.1-HC.4	Servicios de atención de la salud individual
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
<i>GITS</i>	<i>Gasto individual total en salud</i>
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos
<i>GCTS</i>	<i>Gasto corriente total en salud (suma de HC.1 a HC.7)</i>
HC.R.1	Formación bruta de capital de las ramas de actividad de atención de la salud
<i>GTS</i>	<i>Gasto total en salud (GCTS + HC.R.1)</i>

LÍMITES DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- 5.6. El SCS recomienda aplicar las normas estándar del SCN para delimitar la producción de los servicios de salud, con dos excepciones:
- La medicina del trabajo queda incluida en los totales del gasto nacional en salud. En el SCN, este rubro se registra como servicios auxiliares y parte de la producción intermedia de las empresas.
 - Una parte de las transferencias en efectivo a los hogares destinadas a los cuidadores de enfermos y discapacitados en los hogares se trata como producción remunerada de atención de la salud a cargo de los hogares.

Medicina del trabajo

- 5.7. Este agregado es la suma del gasto en que incurren las empresas, las administraciones públicas y las instituciones sin fines de lucro en la provisión de medicina del trabajo. La medicina del trabajo corresponde al rubro 5.2, Gastos en servicios de salud, de la Clasificación de los gastos de los productores por finalidades (CGPF) (véase el anexo A.6 del presente manual). La medicina

del trabajo se registra en el SCN como consumo intermedio del sector empresarial. La medicina del trabajo incluye la vigilancia de la salud de los asalariados (chequeos médicos sistemáticos) y la atención terapéutica (incluida la de urgencia) dentro o fuera del lugar de trabajo; excluye la remuneración en especie en bienes y servicios de salud, que no constituyen un consumo intermedio sino un consumo final efectivo de los hogares. Los gastos en medicina del trabajo pueden estimarse de manera aproximada como los costos del personal participante.

Producción de atención de la salud a cargo de los hogares

- 5.8. La producción de servicios de atención de la salud tiene lugar no solo en establecimientos (incluidas las instituciones sin fines de lucro) sino también en los hogares, donde la atención a enfermos, discapacitados y ancianos es proporcionada por miembros de la familia. La producción por cuenta propia de estos servicios individuales por miembros del hogar para su consumo final propio queda excluida de la medición de la producción en la práctica convencional de las cuentas nacionales. Sin embargo, la delimitación hecha en el SCS incluye servicios individuales proporcionados en los hogares por miembros de la familia, en los casos en que corresponden a pagos de transferencias sociales concedidas con ese propósito.
- 5.9. 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 especialmente capacitadas) se consideran sustitutivos aproximados, si bien se tratan en forma distinta en la práctica usual de las cuentas nacionales (como prestaciones de salud en especie o transferencias sociales en efectivo). Por tanto, se recomienda que en este tipo de transferencias en efectivo se considere esta producción como producción de los hogares “remunerada”. La parte de estos pagos que corresponde a la atención brindada a miembros de la familia debe registrarse como gasto en consumo final y no como pago de transferencias. El rubro correspondiente debe presentarse por separado en las cuentas de salud.
- 5.10. Este tratamiento adoptado por el SCS reconoce explícitamente que el trabajo no remunerado que se dedica a la atención en el domicilio de miembros del hogar tiene un valor económico que puede medirse en términos monetarios. También es coherente con la definición de la producción no de mercado de los hogares, que cubre los bienes y servicios no remunerados proporcionados para consumo propio por los miembros del hogar y que, junto con los bienes y servicios proporcionados por el mercado, están destinados a satisfacer las necesidades de la vida cotidiana. El criterio más aceptado para definir el trabajo productivo no pagado y correlativamente la producción no de mercado de los hogares es la existencia de un sustitutivo de mercado. El sustitutivo de un miembro del hogar que realiza actividades de atención dentro del hogar es una persona remunerada a quien se contrata para desempeñar tareas similares en beneficio de la persona dependiente. El sustitutivo de la producción de servicios de atención de la salud a cargo de los hogares es la que ofrecen instituciones públicas o privadas que proporcionan servicios similares.
- 5.11. La capacidad de sustitución entre la producción de los hogares y la producción de mercado es todo un hecho cuando los programas sociales ofrecen a los hogares la posibilidad de escoger

entre recibir transferencias en efectivo por los servicios de salud que brindan y prestaciones en especie en forma de los servicios de una enfermera capacitada, financiada total o parcialmente por el programa social. Cuando esta posibilidad de sustitución no es tan evidente y los hogares reciben pagos por las atenciones que brindan dentro del hogar en vez de tener que acudir a ayudas externas, el SCS reconoce, de cualquier modo, el valor económico de las atenciones, puesto que concede a la producción no de mercado de los hogares de servicios de salud un valor igual al de la transferencia recibida.

- 5.12. 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 otorgarle. Por supuesto, no es un tratamiento completamente satisfactorio, porque no tiene en cuenta la cantidad efectiva de tiempo dedicado a la atención de la salud. Aun así, es preferible a no hacer ninguna valoración y, por tanto, no tomar en absoluto en consideración las horas dedicadas a los cuidados, como ocurre cuando no se ofrece al hogar elegir entre las prestaciones o el apoyo monetario.

La atención de la salud como parte del sector informal

- 5.13. La producción oculta de servicios de salud (para evitar el pago del impuesto sobre la renta u otros impuestos o para lograr ingresos ocultos adicionales a los obtenidos mediante las convenciones con los seguros sociales o los programas de las administraciones públicas) puede constituir una parte considerable de las prestaciones médicas reales que reciben los hogares. Conviene estimar esta producción e incluirla en el gasto total en salud según se define en el SCS, ya que las diferencias en el tratamiento del sector informal de servicios de salud pueden desvirtuar las comparaciones internacionales.
- 5.14. En el pasado, algunos países han subestimado en su cálculo del gasto nacional en salud los “sobres” pagados por los pacientes directamente a los proveedores. Tales pagos no aparecen en las declaraciones impositivas de los proveedores. Esta práctica incluye pagos hechos por pacientes que buscan evadir las listas de espera u obtener una mayor calidad en la prestación de servicios de atención de la salud. Pueden constituir una parte esencial, aunque informal, de los pagos a proveedores. En el SCS, dicho gasto debe incluirse en las estimaciones del gasto global.
- 5.15. Por otra parte, la prestación ilegal de servicios de salud por parte de personal médico no autorizado y el suministro de productos farmacéuticos con fines ilegales (por ejemplo, a deportistas, fisioculturistas o adictos), aunque entran en los límites de la producción del SCN no se consideran un gasto en atención de la salud según la definición de este concepto en el SCS.

TRATAMIENTO DE LAS SUBVENCIONES Y OTRAS TRANSFERENCIAS A LAS RAMAS DE ACTIVIDAD PROVEEDORAS

- 5.16. En los sistemas reales de prestación y financiación de servicios de salud, las transferencias y subvenciones corrientes de las administraciones públicas suelen estar diseñadas para reducir los precios pagados por los consumidores finales o los fondos de seguros por ciertos bienes y

servicios (especialmente los cuidados en internamiento). Estas transferencias de las administraciones públicas se hacen en dos formas distintas, según se paguen a productores de servicios de atención de la salud de mercado o no de mercado. Las transferencias a productores de mercado son idénticas a la categoría de “subvenciones” de las cuentas nacionales, porque las subvenciones solo pueden producirse en la producción de mercado. Sin embargo, en muchos países las subvenciones para la producción de mercado tienen escasa importancia comparadas con las transferencias destinadas a productores no de mercado. Tales transferencias se registran como “transferencias corrientes”. En su capítulo XXI sobre las cuentas satélite, el SCN 93 señala dos opciones para transmitir las subvenciones:

“En el marco central, cuando estos bienes y servicios se consideran productos de mercado, se incluyen en el consumo final a precio de adquisición. En una cuenta satélite hay dos opciones: bien la valoración del consumo difiere de la del marco central, para incluir el valor de las subvenciones al consumo, bien la valoración del consumo es igual que la del marco central y las transferencias corrientes específicas deben incluir las subvenciones al consumo. Este rubro puede incluir también otras subvenciones a la producción” (véase el apartado 21.75 del SCN 93).

- 5.17. El SCS se inclina por la primera opción. Los valores del consumo final de, por ejemplo, los servicios hospitalarios, deben recalcularse (cuando sea posible), añadiendo las subvenciones a los costos registrados. Esta solución permite dar un tratamiento uniforme a los totales nacionales y a los desgloses funcionales e institucionales, cuando se comparan entre países los porcentajes del gasto total. La exclusión de las subvenciones podría crear distorsiones en las comparaciones internacionales. En la práctica, las subvenciones para la atención de la salud corresponden casi exclusivamente a la atención hospitalaria.
- 5.18. Las *subvenciones* son pagos corrientes sin contrapartida que las administraciones públicas efectúan a las empresas en virtud de sus niveles de producción o el volumen o el valor de los bienes y servicios que producen, venden o importan (véase el apartado 7.71 del SCN 93). Las subvenciones a los productos (pagaderas por unidad de un bien o servicio) deben distinguirse de las otras subvenciones a la producción (no calculadas por unidad de un bien o servicio), que a menudo consisten en transferencias regulares para cubrir pérdidas continuadas. Es importante recordar que las subvenciones no incluyen las ayudas de las administraciones públicas a las empresas para financiar su formación de capital, que se tratan como transferencias de capital (véase el apartado 7.72 del SCN 93).
- 5.19. Las *transferencias corrientes* a sociedades y cuasisociedades públicas que operan en el sector de la atención de la salud son una forma común de financiación en muchos países, en particular para hospitales públicos. Se trata de transferencias regulares para compensar pérdidas continuadas generadas 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 calcular los precios básicos de la producción de tales empresas, por lo general será necesario partir de la hipótesis de una tasa de subvención implícita uniforme calculada *ad valorem*, tasa que se determina por la relación en porcentaje entre la subvención y el valor de las ventas más la subvención (véase el apartado 7.78 del SCN 93).

MEDICIÓN DE LA PRODUCCIÓN: PRODUCCIÓN DE MERCADO Y NO DE MERCADO

- 5.20. Las diferencias entre países en la manera de medir la producción no de mercado de servicios de atención de la salud en sus Cuentas Nacionales de Salud pueden limitar la comparabilidad internacional de las estimaciones del gasto en salud. Un enfoque basado únicamente en los flujos de caja no conduce a cuentas comparables, a causa de las diferencias en la organización de los sistemas de salud y en los sistemas contables administrativos.
- 5.21. Por tanto, el SCS recomienda seguir los principios para la medición de la producción de servicios de atención de la salud que ofrece el SCN. Los conceptos de producción y consumo intermedio del SCN se aplican de forma análoga en el cálculo del gasto nacional en salud en el SCS. El gasto en servicios de atención de la salud que los productores no de mercado proporcionan a los hogares gratuitamente o a precios que solo cubren una parte de sus costos de producción pueden estar subestimados en las Cuentas Nacionales de Salud existentes. Esta distinción entre la producción de mercado y no de mercado se utiliza en las cuentas de salud solo como concepto técnico para valorar correctamente en términos monetarios la producción de servicios de atención de la salud. No aparece como rubro independiente en las tablas normalizadas propuestas por el SCS. Para el proceso de estimación interna, será un recurso esencial llevar cuentas separadas de la producción no de mercado y la producción de mercado.

Valoración de la producción no de mercado

- 5.22. La valoración de la producción no de mercado requiere especial atención. No existen mercados para una serie de servicios colectivos de salud pública y servicios de salud individual proporcionados a los hogares como prestaciones en especie (con o sin costos compartidos por el paciente) y, por consiguiente, no hay precios apropiados disponibles (véase el apartado 6.90 del SCN 93).
- 5.23. Servicios idénticos o muy similares pueden producirse como servicios de mercado junto con los servicios no de mercado. Pero puede haber diferencias importantes entre los tipos y calidades de servicios proporcionados. En la mayor parte de los casos no es posible encontrar suficientes servicios de mercado que sean lo bastante similares a los servicios correspondientes no de mercado como para que sus precios permitan valorar estos últimos, en particular cuando los servicios no de mercado se producen en grandes cantidades.
- 5.24. Por las razones mencionadas y también para lograr una valoración coherente entre los diversos servicios no de mercado producidos por unidades de las administraciones públicas y por ISFLSH, todos ellos se valoran mediante la suma de sus costos de producción, es decir, mediante la suma de:
- los consumos intermedios;
 - la remuneración de los asalariados;
 - el consumo de capital;
 - los otros impuestos menos las subvenciones sobre la producción.
- 5.25. El excedente de explotación neto de la producción de bienes y servicios no de mercado producidos por unidades de las administraciones públicas y por ISFLSH se supone siempre igual a cero. Según las convenciones del SCS, siempre que sea posible conviene distinguir los

establecimientos según que su producción sea de mercado o no de mercado. Tal distinción puede no ser factible en el caso de muchos establecimientos (por ejemplo, los consultorios médicos que atienden tanto a pacientes privados como a beneficiarios de sistemas de seguridad social).

- 5.26. La producción de los minoristas se mide por el valor total de los márgenes comerciales logrados en los productos que compran para su reventa (valorados a precios efectivos). El cálculo de la producción de las empresas de seguro es más complejo y no se reproducen aquí las normas contables correspondientes (véase el apartado 6.135 del SCN 93)

COMERCIO EXTERIOR

- 5.27. El comercio exterior de servicios de atención de la salud se está incrementando, tendencia que se ha visto favorecida por la integración económica en el área de la OCDE (por ejemplo, el TLCAN y la Unión Europea) y por la aparición de mercados de exportación para los productores de servicios de salud de países pertenecientes o no a la OCDE. No obstante, en la práctica las Cuentas Nacionales de Salud tienen rara vez en cuenta el comercio de servicios de atención de la salud, dada la ausencia de estadísticas nacionales al respecto. Es deseable que los países introduzcan instrumentos de encuesta para cubrir el comercio exterior de servicios de atención de la salud.
- 5.28. Dos elementos del comercio exterior serían de gran interés para el SCS:
- el comercio exterior de bienes y servicios médicos para uso final (tales como atención de la salud y productos farmacéuticos comprados por turistas o pacientes que buscan tratamiento especializado);
 - el comercio exterior para la formación de capital de las ramas de actividad de atención de la salud y las empresas de seguros médicos.
- 5.29. Otros dos elementos serían pertinentes para el seguimiento de los efectos del comercio de bienes médicos (productos intermedios) que entran en la producción de los servicios de salud de cada país:
- el comercio exterior de productos técnicos médicos para la formación bruta de capital de las ramas de actividad de atención de la salud;
 - el comercio exterior de productos técnicos médicos para el consumo intermedio de proveedores de servicios de atención de la salud.
- 5.30. En los dos últimos casos, las estadísticas industriales y del comercio proporcionan estimaciones según las categorías de la Clasificación Uniforme para el Comercio Internacional (CUCI). En los dos primeros, los valores de la exportación de servicios de salud no se notifican regularmente o se adjudica un valor nulo a los rubros correspondientes en las estadísticas de comercio de la mayoría de los países. Como ya se ha mencionado, esta carencia de estadísticas comerciales contrasta con el flujo creciente de comercio en servicios de salud entre los países de la OCDE, al igual que entre éstos y otros no pertenecientes a esta organización.
- 5.31. El comercio de servicios de atención de la salud se notifica con arreglo a las siguientes categorías del Manual de Balanza de Pagos (IMF, 1993) y el proyecto de clasificación y codificación internacionales del comercio de servicios (véase la tabla 5.2).

Tabla 5.2. Comercio internacional de servicios de atención de la salud

Componente	Ejemplos	
2	Viajes	
2.2	Viajes personales	
2.2.1	Viajes relacionados con la salud	Curas termales y otros servicios especializados; todos los gastos en salud de viajeros que van al extranjero por motivos no médicos
5	Servicios de seguro	
5.3	Otros seguros directos <i>de los que:</i> servicios de seguro médico	Seguro médico privado
11	Servicios de las administraciones públicas n.e.p.	Transferencias de ayuda bilateral e internacional en el ámbito de la salud

Fuente: Adaptado de Eurostat/FMI/OCDE/NU/OMC (1999).

Viajes personales relacionados con la salud

- 5.32. Los viajes personales se subdividen en: relacionados con la salud, relacionados con la educación y otros viajes personales. Se propone la siguiente definición para los viajes relacionados con la salud:

“Los gastos relacionados con la salud comprenden exclusivamente los gastos en servicios de salud y no todos los gastos de las personas que viajan por razones de salud. Se incluyen en el rubro de los viajes relacionados con la salud todos los gastos de las personas en tratamiento médico; la Organización Mundial de Comercio pide que se identifique la parte de los desembolsos totales que representa gastos médicos, como son los gastos por hospitalización, tratamientos y honorarios médicos; quedan incluidos todos los gastos en bienes y servicios de atención de la salud, independientemente de que el objetivo principal del viaje esté o no relacionado con la salud”.

Servicios de seguro médico privado

- 5.33. Este rubro abarca la provisión de seguros médicos a no residentes por parte de compañías de seguro residentes, y viceversa. Incluye las comisiones relacionadas con el seguro. Los servicios de seguro se estiman o valoran por el importe de los gastos por servicios incluidos en las primas imputables al ejercicio corriente, más que por el importe de las primas en sí mismas. Las primas brutas y las indemnizaciones brutas se registran como rubros *pro memoria* (véase IMF 1993, capítulo XIII).
- 5.34. El análisis del comercio de servicios hace pensar que los países deberían coordinar sus encuestas nacionales y desarrollar una serie de datos administrativos que permitan comprender mejor los flujos de servicios de atención de la salud.

MOMENTO DEL REGISTRO Y PRINCIPIO DEL DEVENGO

- 5.35. La contabilidad de caja, que todavía se aplica a las cuentas de salud en algunos países, registra solo pagos en efectivo y los registra en el momento en que tienen lugar. Hoy se reconoce

ampliamente que el registro según el criterio de caja puede dar lugar a distorsiones cuando, por ejemplo, las negociaciones presupuestarias y reformas del sistema de salud tienen efectos importantes de un año fiscal a otro. En muchos casos, la contabilidad de caja es incompatible con el registro de flujos no monetarios y con las estadísticas económicas globales.

- 5.36. Por estas razones, el SCS recomienda que todo flujo monetario sea registrado con arreglo al principio del devengo, según la siguiente definición de la SCN 93 (el período contable es el año civil):

“El registro según el principio del devengo registra los flujos en el momento en que el valor económico se crea, transforma, intercambia, transfiere o extingue. Esto significa que los flujos que implican un cambio de propiedad se registran cuando se traspasa la propiedad, los servicios se registran cuando se prestan, la producción en el momento en que se obtienen los productos y el consumo intermedio cuando se utilizan las materias primas y otros suministros” (véase el apartado 3.94 del SCN 93).

FORMACIÓN DE CAPITAL DE LAS RAMAS DE ACTIVIDAD PROVEEDORAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- 5.37. Para el registro de la formación bruta de capital, el SCS recomienda que la venta al detalle de productos médicos se considere una actividad de apoyo de la atención de la salud y, por tanto, no se contabilice como parte de la formación de capital de los proveedores de servicios de atención de la salud. Los rubros de la clasificación de proveedores ICHA-HP en el nivel de un dígito proporcionan subtotales para las diversas ramas de actividad de atención de la salud. Según la lista de rubros del nivel de dos dígitos proporcionada, resulta evidente que será difícil obtener estimaciones para algunos elementos, en particular para la atención ambulatoria y la venta al detalle. Cuando las funciones de administración de la salud pública y financiación del sistema de salud están integradas en unidades institucionales mayores, parte de la formación bruta de capital no puede registrarse. La definición fundamental es:

La formación bruta de capital total de las ramas de actividad de atención de la salud es igual a la suma de la formación bruta de capital de las unidades institucionales enumeradas en los rubros HP.1 a HP.3, HP.5 y HP.6 de la clasificación ICHA-HP, cuya actividad principal es la atención de la salud. Deberán establecerse estimaciones diferentes para el sector público y el sector privado.

- 5.38. Una alternativa para alcanzar una cobertura completa del ICHA-HP en encuestas sobre inversiones para las comparaciones internacionales sería la definición de un subagregado para la suma de las instituciones de HP.1 a HP.3 (más o menos equivalente a la sección N, “Servicios sociales y de salud”, de la CIU). Sin embargo, se precisan estimaciones del costo de los factores de la formación bruta de capital y los stocks de capital para los productores no de mercado de la administración pública y los seguros, para calcular el consumo de capital, lo que a su vez es necesario para calcular el valor de producción de los productores no de mercado.

Tabla 5.3. **Agregados del gasto en salud en la terminología del SCS y el SCN**

Código SCN 93	Descripción
P.41	Consumo en salud final efectivo de los hogares y las ISFLSH
P.42	Consumo en salud final efectivo de las administraciones públicas
P.4	Consumo en salud final efectivo (= P.41 + P.42)
D.31	Subvenciones públicas netas a los proveedores de atención de la salud para reducir el precio de la producción
P.41*	Medicina del trabajo (consumo intermedio de los establecimientos) <i>menos</i> la parte estimada de la medicina del trabajo en los gastos administrativos netos de los proveedores de atención de la salud y otras ramas de actividad médicas (= medicina del trabajo)
P.41*	Producción no de mercado de los hogares “remunerada” mediante pagos de transferencias (prestaciones sociales en efectivo) por la atención dispensada en el domicilio a enfermos, discapacitados o ancianos por miembros de la familia.
P.4*	Consumo en salud final efectivo ajustado (= P.4 + D.31 + P.41*)
P.51	Formación bruta de capital de las ramas de actividad de atención de la salud
GTS	Gasto total en salud (= P.4* + P.51)

(*): Los límites de la producción utilizados en el SCS para la estimación de esta partida difieren de las normas del SCN.

DEFINICIÓN DE LOS COMPONENTES DEL GASTO TOTAL EN SALUD, EN TÉRMINOS DEL SCN: RESUMEN

5.39. En la tabla 5.3 se presentan las equivalencias que muestran los vínculos entre las diversas definiciones empleadas en los datos de salud de la OCDE y las definiciones del SCN. Estas equivalencias también sirven para mostrar el solapamiento, así como las diferencias de las definiciones y de la estrategia de estimación entre los dos métodos de recogida de datos. Este acercamiento entre los agregados del gasto del SCS y los gastos en términos del SCN también corresponde al análisis de la financiación de la atención de la salud que se presenta en el capítulo 6. tabla 5.3. Agregados del gasto en salud en la terminología del SCS y el SCN.

GASTO EN FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

5.40. Las funciones relacionadas con la salud entran también en otros ámbitos de análisis, como la educación, el gasto social global y la I+D. Como recomendación general, los principios y estrategias de estimación aplicados a la obtención de datos internacionales en estos campos y documentados en las directrices estadísticas pertinentes deben tomarse como punto de partida para la tabla 4 del SCS, que muestra los diversos agregados de gastos, incluidas las funciones relacionadas con la salud.

Formación del personal sanitario

- 5.41. En las directrices de UNESCO/OECD/Eurostat (1995) se proponen estrategias para estimar el gasto en educación y formación del personal sanitario en general. También en este ámbito puede haber problemas de duplicación cuando se calculan los totales nacionales del gasto en salud, incluida la formación, por lo que se aconseja transmitir los datos por separado.

Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud

- 5.42. El *Manual de Frascati* (OECD, 1994d) brinda directrices detalladas para la estimación del gasto en investigación y desarrollo, que también son pertinentes para la I+D en salud, de acuerdo con los límites funcionales señalados en el capítulo 9. Cuando la I+D es una actividad auxiliar de las ramas de actividad médicas que no puede asignarse a una unidad de producción homogénea independiente, la definición de los totales nacionales del gasto genera un grave problema de duplicación en las cuentas de salud que suman la I+D a los bienes y servicios de salud. Se sugiere registrar por separado los gastos en I+D, en un rubro *pro memoria* "por debajo del concepto".

Prestaciones en efectivo relacionadas con la salud

- 5.43. El gasto en prestaciones en efectivo relacionadas con la salud se distingue de cualquiera de las categorías antes mencionadas, tanto por su naturaleza económica (pagos de transferencia) como por su objetivo (protección de la renta), que es esencialmente una función de mantenimiento de la renta y no una actividad de atención de la salud. Cuando las prestaciones en efectivo se incluyen en el gasto total en salud (en el caso de la producción de los hogares remunerada como se ha descrito anteriormente), es recomendable que se identifiquen explícitamente.

6. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

- 6.1. La regulación de la financiación de la atención de la salud se está convirtiendo en una tarea cada vez más compleja en muchos países de la OCDE, debido a la gran variedad de instituciones que participan en el proceso. La financiación de la atención de la salud es una de las dimensiones presentes en las tablas normalizadas de la mayor parte de las Cuentas Nacionales de Salud. En muchos casos se presenta por lo menos una subdivisión básica de la financiación pública y privada. Un desglose detallado del gasto en salud por fuentes de financiación es un componente esencial de un SCS completo.
- 6.2. Los sistemas nacionales de flujos de financiación de la atención de la salud tienden a ser bastante complejos y, en general, la armonización entre países, aun en las categorías básicas de financiación pública y privada, es escasa. Al igual que en otros aspectos de la atención de la salud (por ejemplo, actividades o proveedores), designaciones similares como “seguro social”, “mutualidades” o “sociedades de previsión”, etc., suelen referirse a diferentes disposiciones institucionales y modalidades de financiación. Por añadidura, la existencia de formas de transferencias entre administraciones públicas propias de determinados países, al igual que de transferencias dentro del sector privado entre fondos públicos y privados, incrementa la complejidad de la notificación de las fuentes de financiación en las comparaciones internacionales.
- 6.3. En este capítulo se presenta una serie de instrumentos para la notificación normalizada del gasto en salud por fuente de financiación. Se propone un conjunto de cuentas sectoriales de flujos de financiación, para crear un conjunto de cuentas básicas que sirvan de modelo para elaborar cuentas completas de la financiación de la atención de la salud, como parte de las Cuentas Nacionales de Salud. Para las comparaciones internacionales, la recogida de datos tendrá que centrarse en el conjunto correspondiente de saldos y en algunos de los componentes principales de los flujos de financiación. Para no complicar el ejemplo ilustrativo y el conjunto de cuentas que se describen en el capítulo, la presentación se limita a un análisis del gasto corriente en salud. El complejo tema de la contabilidad de la formación de capital y su financiación no forma parte del presente manual.

Definiciones del SCN y cuentas sectoriales

- 6.4. El SCS propone en este capítulo una serie de instrumentos para definir los sectores institucionales que financian la atención de la salud y los flujos de financiación. El marco propuesto es la adopción de las definiciones del SCN 93, que en muchos casos pueden tomarse textualmente a los efectos del SCS. Este capítulo también se inspira en las secciones del capítulo del SCN 93 referentes a las cuentas satélite de salud, que proporcionan un somero desglose por fuentes de financiación en cuentas satélite definidas funcionalmente (véanse los apartados 21.87 a 21.91 del SCN 93; véase también el capítulo 8 del presente manual), y en el anexo IV del SCN 93 sobre el tratamiento de los seguros y los seguros sociales.
- 6.5. Existe en el SCN un conjunto detallado de conceptos, definiciones y normas contables para la clasificación de las cotizaciones a los regímenes de seguridad social, los impuestos y las transferencias, que se utilizan aquí para distinguir los seguros médicos de los demás regímenes de seguros.
- 6.6. El SCS recomienda el uso de estas normas internacionales para transmitir los flujos de financiación de la atención de la salud. Más adelante se explican algunas modificaciones que corresponden a un tratamiento ligeramente diferente de los límites de la producción y las deducciones fiscales entre el SCS y el SCN.

La clasificación ICHA-HF de las fuentes de financiación

- 6.7. La clasificación de la financiación de la ICHA que se presenta en la tabla 6.1 proporciona un desglose completo entre entidades públicas y privadas del gasto en salud. Esta clasificación se basa en los sectores institucionales de la economía fijados en el marco central del SCN (véase la tabla 4.2 del capítulo 4). Los papeles respectivos de la seguridad social, los seguros sociales privados y otras empresas de seguro se bosquejan a continuación, así como en el capítulo 11 del presente manual.

Tabla 6.1. Clasificación de las fuentes de financiación (ICHA-HF)

Código ICHA	Fuentes de financiación
HF.1	Administraciones públicas
HF.1.1	Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social
HF.1.1.1	Administración central
HF.1.1.2	Administraciones regionales/provinciales
HF.1.1.3	Administraciones locales/municipales
HF.1.2	Administraciones de seguridad social
HF.2	Sector privado
HF.2.1	Seguros sociales privados
HF.2.2	Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales).
HF.2.3	Hogares
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)
HF.2.5	Sociedades (excepto seguros médicos)
HF.3	Resto del mundo

Dos perspectivas de la financiación de la atención de la salud

- 6.8. Básicamente, la financiación de la atención de la salud puede registrarse según dos criterios distintos:
- El primero, aplicado frecuentemente en las Cuentas Nacionales de Salud, tiene por objeto desglosar el gasto en salud entre las múltiples categorías de pagos de terceros y pagos directos, bien de los hogares, bien de otros financiadores directos, como los servicios públicos de salud.
 - El segundo criterio analiza la carga final de financiación por fuente. En este tipo de análisis se rastrean hasta su origen las fuentes de financiación de las fuentes de financiación intermedias (administraciones de seguridad social, seguros privados sociales y de otro tipo, ISFLSH). También se contabilizan las transferencias adicionales, como las transferencias entre administraciones públicas, las deducciones fiscales, las subvenciones a los proveedores, y la financiación por el resto del mundo.

VISIÓN GENERAL DE LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD: EJEMPLO ILUSTRATIVO

- 6.9. En este capítulo, el análisis de un sistema de unidades financiadoras, transferencias y categorías de gasto se ilustra con un ejemplo numérico de un sistema modelo de atención de la salud. Aunque se han introducido muchas simplificaciones, este ejemplo se considera lo bastante complejo para cubrir los flujos de financiación más importantes del gasto corriente en salud en una amplia gama de países.
- 6.10. El sistema de atención de la salud analizado es un sistema mixto que incluye todas las formas usuales de financiación pública y privada. En el modelo de atención de la salud propuesto participan la seguridad social (tanto la institucional como los seguros sociales privados), la prestación pública directa de servicios de salud financiados con los impuestos y diversos mecanismos privados (seguros privados más deducciones fiscales; instituciones sin fines de lucro). Los pagos directos de los hogares incluyen una serie de elementos de costos compartidos, que corresponden a las diversas formas de pago por terceros. Los empleadores proporcionan prestaciones de medicina del trabajo y otros servicios directos de atención de la salud. El sistema nacional de salud recibe una contribución financiera neta del resto del mundo, principalmente a través de la cooperación y la ayuda internacional.
- 6.11. Para no sobrecargar la presentación, nos concentraremos aquí en los flujos de financiación del gasto corriente en bienes y servicios de atención de la salud. Los flujos de financiación se desglosan por sector y subsector, como se muestra en la tabla 6.2. Además de la seguridad social, se presentan solo dos niveles de administraciones públicas: administración central, por un lado, y administraciones regionales/locales, por el otro. La ampliación de este ejemplo a tres niveles de administración –central, regional y local– es un ejercicio sencillo.
- 6.12. En la tabla 6.2 se resume el desglose de la financiación en fondos públicos y privados, de acuerdo con los dos criterios antes descritos:
- financiación como pago directo (por los pacientes o por terceros);
 - financiación como saldo neto de los recursos propios dedicados por cada sector a la financiación de la atención de la salud.

Tabla 6.2. Gasto en salud por fuentes de financiación: ejemplo ilustrativo

	Financiación: pago directo/pago terceros	Financiación: saldo neto de recursos propios	
Administración central	Código SCN	57	190
Deducción fiscal de los hogares	D.51	22	
Transferencias sociales en especie	D.63	9	
Otras prestaciones sociales	D.62	3	
Consumo colectivo efectivo	P.42	23	
Administración regional/local		97	120
Subvenciones a los proveedores	D.31	20	
Transferencias sociales en especie	D.63	41	
Otras prestaciones sociales	D.62	6	
Consumo colectivo efectivo	P.42	30	
Administraciones de seguridad social		740	8
Transferencias sociales en especie	D.63	685	
Otras prestaciones sociales	D.62	10	
Consumo colectivo efectivo	P.42	45	
Financiación pública total		894	318
Hogares: directos, netos	P.41	323	1068
Pagos directos, netos		323	
<i>del que participación en costos:</i>		34	
administraciones de seguridad social		22	
administración central		1	
administración regional/local		4	
seguros sociales privados		2	
otros seguros privados		5	
<i>Pagos directos, brutos</i>		345	
<i>Deducción fiscal de los hogares</i>	D.51	-22	
ISFLSH		19	-1
Transferencias sociales en especie	D.63	14	
Otras prestaciones sociales	D.62	2	
Otras transferencias	D.75	3	
Seguros sociales privados		83	-4
Otras prestaciones sociales	D.62	75	
Otras transferencias	D.75	8	
Otras empresas de seguro privadas		60	-4
Indemnizaciones de seguros	D.72	50	
Costos del servicio de seguro	P.41	10	
Otras sociedades		49	34
Medicina del trabajo	P.41*	31	
Prestaciones sociales directas	D.623	1	
Transferencias diversas	D.75	17	
Financiación privada total		534	1093
Resto del mundo		0	17
Gasto corriente total en salud		1428	1428

(*): Los límites de la producción utilizados en el SCS para la estimación de esta partida difieren de las normas del SCN.

- 6.13. Los códigos del SCN se explican en el anexo 6.1. Los valores numéricos pueden interpretarse como millones de unidades de moneda nacional (UMN). El sistema de atención de la salud descrito en términos numéricos encajaría en el ejemplo numérico de economía utilizado con fines ilustrativos en el manual SCN 93. Si todos los valores del marco central se multiplican por diez, se verá que el gasto corriente total en salud de 1.428 millones de UMN representa cerca del 8% del producto interno bruto del ejemplo del SCN 93.

VISIÓN GENERAL DE LOS SECTORES DE LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN

- 6.14. En esta sección se describe someramente la participación de los diversos sectores en la financiación de la atención de la salud en el sistema tomado como ejemplo, si bien en varios países podrían no estar presentes todos los elementos. No obstante, quedan cubiertos los principales elementos que se encuentran en la mayoría de los países. En este sentido, el modelo debe ser aplicable tanto a la situación de los países de la OCDE y otros países de altos ingresos, como a países de medianos y bajos ingresos.
- 6.15. En la tabla 6.2 se presenta una descripción sucinta del análisis de flujos de fondos que aparece en forma matricial en la tabla 6.3. Todas las entradas de la tabla 6.2 se han obtenido de la tabla 6.3 mediante el reordenamiento de los márgenes conforme a los códigos de flujos del SCN. El gasto directo de los hogares es un valor residual obtenido de restar del consumo final privado efectivo los demás componentes de la financiación. Por consiguiente, el rubro del gasto directo excluye las indemnizaciones de seguros privados y los costos del servicio de seguro pagados a empresas de seguro privadas. En la tabla 6.2, el gasto directo se registra neto, en el sentido de que se han restado las deducciones fiscales. El gasto directo es la suma de la participación en costos pagada a los diversos organismos de seguros que forman parte del sistema de salud y los pagos directos por bienes y servicios comprados por los hogares como pagadores directos y finales.

Administración central (G.1)

- 6.16. Como financiador directo, este sector paga principalmente la administración de la atención de la salud (registrada como consumo colectivo efectivo) y otras provisiones directas (otras prestaciones sociales y transferencias sociales en especie). En la tabla 6.2, el gasto en salud financiado directamente por la administración central incluye el importe de las deducciones fiscales que se conceden a los hogares por el pago de seguros médicos privados y por el consumo privado de servicios de salud. El saldo neto de la financiación de la administración central es considerablemente más elevado que su financiación directa, debido a las transferencias pagadas a los otros sectores financiadores, que en su mayor parte van a parar a las administraciones de seguridad social o constituyen otras transferencias entre administraciones públicas.

Administraciones regionales y locales (G.2)

- 6.17. Además de su participación en la administración de la salud y los programas de salud pública, este sector dedica una parte algo más importante de su gasto a la prestación de servicios de salud financiados mediante impuestos. Por añadidura, las administraciones regionales y locales conceden subvenciones considerables a productores privados de servicios de salud. El balance

neto de la financiación de este sector es más elevado que su financiación directa, debido al mismo tipo de transferencias descrito anteriormente para la administración central.

Administraciones de seguridad social (G.3)

- 6.18. El sector de las administraciones de seguridad social es un financiador intermedio típico de la atención de la salud. En el ejemplo de economía elegido, este sector es el mayor financiador directo de servicios de atención de la salud (transferencias sociales en especie a los hogares, en forma bien de remuneración a los proveedores, bien de prestación directa de servicios comprados por éstos). Las administraciones de seguridad social dedican parte de sus recursos a la administración (como consumo colectivo efectivo). El saldo neto de los recursos propios es muy pequeño y en general será financiado con los intereses recibidos sobre activos acumulados en el pasado.

Seguros sociales privados (P.1)

- 6.19. La cuenta sectorial de los seguros sociales privados es similar a la de las administraciones de seguridad social. Los seguros sociales privados son financiadores intermedios de servicios de atención de la salud que se pagan con las cotizaciones sociales y, en menor grado, con otras transferencias corrientes. Las prestaciones proporcionadas por este sector se registran, por tanto, como prestaciones sociales de sistemas privados con constitución de reservas. Un sistema de seguridad social es un régimen en que el asegurado es obligado o motivado por la intervención de un tercero a asegurarse contra determinados riesgos, pero que, a diferencia de las administraciones de seguridad social, no está bajo control directo del Estado (véanse más detalles en las notas explicativas del capítulo 11).

Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales) (P.2)

- 6.20. Las empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales) reciben un tratamiento distinto en las cuentas. Hay dos elementos del gasto en consumo privado de servicios de salud que corresponden a los seguros privados: las indemnizaciones de seguros netas y los costos del servicio de seguro netos (tabla 6.2). En la estructura propuesta por el SCN 93 para las cuentas sectoriales solo aparecen explícitamente las indemnizaciones de seguros. Por consiguiente, el tratamiento de las empresas de seguro privadas es sencillo: las indemnizaciones de seguros netas son iguales a las primas de seguros netas. Cabe señalar que las entradas de la cuenta del resto del mundo tanto de las indemnizaciones como de las primas no son iguales a cero.

Hogares (P.3)

- 6.21. La financiación directa a cargo de los hogares, es decir su gasto directo, se obtiene restando del total de la financiación privada todos los pagos a cargo de terceros. El gasto directo puede estimarse bruto o neto si se tienen en cuenta las deducciones fiscales concedidas por las administraciones públicas. La participación en los costos de las prestaciones por las diferentes fuentes de financiación es un componente de los pagos directos de particular importancia para el análisis de los mecanismos de pagos por terceros en el contexto de las políticas sanitarias. El SCS recomienda prestar especial atención a estos elementos en la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud.

Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH) (excepto seguros sociales) (P.4)

6.22. El sector de las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales) suele agrupar una gran variedad de instituciones heterogéneas. En este grupo, los organismos de beneficencia que proporcionan servicios de salud gratuitos (que se registran como otras transferencias corrientes y no como prestaciones sociales) pueden desempeñar un papel importante. Las ISFLSH son financiadas por transferencias de los hogares y las empresas y pueden recibir financiación adicional de las administraciones públicas o del resto del mundo.

Empresas (excepto seguros médicos) (P.5)

6.23. El sector de las otras sociedades contribuye a la financiación de la atención de la salud principalmente como productor de servicios de medicina del trabajo. Las cotizaciones sociales a cargo de los empleadores se consideran parte de las rentas de los hogares y, por consiguiente, financiación privada de servicios de salud por parte de los hogares, no de las empresas.

Resto del mundo (RDM)

6.24. En el modelo de economía utilizado como ejemplo, el resto del mundo contribuye indirectamente a la financiación de la atención de la salud, en forma de cooperación internacional y otros flujos que normalmente son canalizados por las administraciones públicas o las ISFLSH.

SISTEMA DE TRANSFERENCIAS CARACTERÍSTICO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD: PRESENTACIÓN MATRICIAL

6.25. La tabla 6.3 muestra la relación entre la financiación directa y el saldo de la financiación neta con recursos propios por sector de financiación. La presentación matricial da una idea sucinta de las cuentas sectoriales que se presentan en el anexo 6.1. El saldo de las cuentas de los sectores residentes (B.2) mide la parte de la financiación final del gasto corriente en salud de cada sector, como financiación neta mediante recursos propios. El saldo de la cuenta del resto del mundo muestra la financiación final del gasto corriente en atención de la salud de los residentes por parte de unidades no residentes.

6.26. La suma algebraica de los flujos de financiación a cargo de los residentes mide el gasto corriente interno total en atención de la salud, esto es, el gasto corriente total en atención de la salud por parte de las unidades residentes. Si se deduce de este agregado el saldo de la cuenta del resto del mundo, se obtiene el gasto corriente nacional en atención de la salud de las unidades residentes financiado por las unidades residentes.

6.27. Como ya se ha mencionado, la tabla 6.3 y las cuentas de los flujos de financiación a que se refiere este capítulo corresponden únicamente al gasto corriente y no incluyen, por tanto, el gasto de capital en atención de la salud (formación bruta de capital) de los proveedores de mercado y no de mercado de servicios de salud, ni la financiación de la formación de capital fijo mediante el ahorro, préstamos y transferencias de capital de unidades residentes o no residentes.

Tabla 6.3. **Transferencias de atención de la salud: presentación matricial**

Empleos											
Total	Resto	Total	ISFLSH	Hogares	Adm.	Adm.	Adm.	Seguros	Otras	Otras	
del mundo		economía		central	regionales	seguridad	sociales	empr.	empresas		
					/locales	social	priv.	priv.			
								de			
								seguro			
1935	27	1939	22	688	195	111	708	83	66	66	
20		20				20					D.31 Subvenciones (a proveedores de atención de la salud)
-22		-22		-22							D.51 Deducción fiscal (hogares)
651		651		651							D.61 Cotizaciones sociales
639		639		639							D.611 Cotizaciones sociales efectivas
322		322		322							D.6111 Cotizaciones sociales efectivas a cargo de los empleadores
241		241		241							D.6112 Cotizaciones sociales efectivas a cargo de los asalariados
76		76		76							D.6113 Cotizaciones sociales de los trabajadores autónomos y de los desempleados
12		12		12							D.612 Cotizaciones sociales imputadas
97		97	2	0	3	6	10	75	0	1	D.62 Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie
8		8					8				D.621 Prestaciones de seguridad social en efectivo
75		75						75			D.622 Prestaciones sociales de sistemas privados con constitución de reservas
9		9	2		2	3	1	0		1	D.623 Prestaciones sociales directas de los empleadores
5		5			1	3	1				D.624 Prestaciones de asistencia social en efectivo
749		749	14	0	9	41	685	0	0	0	D.63 Transferencias sociales en especie
720		720	3	0	2	30	685	0	0	0	D.631 Prestaciones sociales en especie
313		313					313				D.6311 Reembolsos de prestaciones de seguridad social
372		372					372				D.6312 Otras prestaciones de seguridad social en especie
35		35	3		2	30	0				D.6313 Prestaciones de asistencia social en especie
29		29	11		7	11	0				D.632 Transferencias de bienes y servicios no de mercado individuales (donativos de las ISFLSH)
440	27	444	6	59	183	44	13	8	66	65	D.7 Otras transferencias corrientes
66	6	60		51						9	D.71 Primas netas de seguro
66		66							66		D.72 Indemnizaciones netas de seguro
218		218			173	37	8				D.73 Transferencias corrientes entre administraciones públicas
17	16	1			1						D.74 Cooperación internacional corriente
73	5	99	6	8	9	7	5	8		56	D.75 Transferencias corrientes diversas
0	-17	17	0	267	-168	-90	36	4	3	-35	B.1 Saldo neto de las transferencias específicas de la salud
1428		1428	0	1330	23	30	45	0	0	0	P.4 Consumo final efectivo
1330		1330		1330						0	P.41 Consumo individual efectivo
98		98			23	30	45				P.42 Consumo colectivo efectivo
-1428	-17	-1411	0	-1063	-191	-120	-9	4	3	-35	B.2 Financiación neta de la atención de la salud con recursos propios (-)

6. FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

	Recursos									Resto del mundo	Total
	Otras empresas	Otras empr. priv. de seguro	Seguros sociales priv.	Adm. seguridad social	Adm. regionales/ locales	Adm. central	Hogares	ISFLSH	Total economía		
	31	69	87	744	21	27	955	22	1956	10	1935
	20								20		20
					-12	-10			-22		-22
	0	0	84	558	3	4	0	2	651		651
	0	0	83	556	0	0	0	0	639		639
			43	279					322		322
			40	201					241		241
				76					76		76
	0		1	2	3	4		2	12		12
	0	0	0	0	0	0	97	0	97		97
							8		8		8
							75		75		75
							9		9		9
							5		5		5
	0	0	0	0	0	0	749	0	749		749
	0	0	0	0	0	0	720	0	720		720
							313		313		313
							372		372		372
							35		35		35
							29		29		29
	11	69	3	186	30	33	109	20	461	10	440
		66							66		66
	8						50		58	8	66
				175	28	15			218		218
						15			15	2	17
	3	3	3	11	2	3	59	20	104		73
	-35	3	4	36	-90	-168	267	0	17	-17	0

- 6.28. Las cuentas de los flujos de financiación de la atención de la salud presentadas en la tabla 6.3 obtienen sus datos de la secuencia siguiente de cuentas no financieras normalizadas del SCN:
- La cuenta de producción (consumo intermedio de servicios de medicina del trabajo que aquí se analizan como producción de servicios no de mercado de medicina del trabajo prestados por los empleadores y, por tanto, se amplía un poco el ámbito de la producción propuesto en el SCN 93).
 - La cuenta de distribución secundaria de la renta (cotizaciones sociales, prestaciones y transferencias sociales, otras transferencias).
 - La cuenta de utilización de la renta disponible (consumo final individual y colectivo).
 - La cuenta del resto del mundo (flujos de financiación de atención de la salud entre unidades residentes y no residentes).

FLUJOS DE FINANCIACIÓN: SERIE DE CUENTAS SECTORIALES

- 6.29. Para poder cubrir desde diversas perspectivas la financiación del sistema de salud, el mejor medio consiste en establecer un conjunto de cuentas que muestren todos los flujos de financiación relacionados con la salud en los diferentes sectores de la economía. El SCS sugiere completar el desglose del gasto por fuente de financiación (que se sitúa en la perspectiva de la financiación directa de las prestaciones) con un conjunto completo de cuentas sectoriales que muestren con algún detalle los flujos de financiación, de forma periódica o por años seleccionados. El propósito de estas cuentas sería permitir un análisis detallado de la financiación de la atención de la salud.
- 6.30. Una cuenta consolidada y agregada para el total de la economía que proporcione información sobre la participación en la financiación de las unidades que soportan la carga final del gasto forma parte integrante del conjunto de cuentas propuesto. Se ha dado un significado económico exacto conforme a las normas del SCN 93 a todos los flujos de financiación, con el fin de lograr estadísticas comparables internacionalmente. Las cuentas de las tablas del anexo 6.1 muestran los flujos pertinentes de financiación de la atención de la salud y del gasto en bienes médicos y servicios de atención de la salud, en cada uno de los sectores o subsectores siguientes:
- administración central;
 - administración regional y local;
 - administraciones de seguridad social;
 - seguros sociales privados;
 - empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales);
 - hogares;
 - instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales);
 - empresas (excepto seguros médicos);
 - resto del mundo.

ANEXO 6.1

SERIE DE CUENTAS SECTORIALES DEL FLUJO DE FINANCIACIÓN

Cuenta G.1. **Administración central**

Empleos		Recursos		
D.62	Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie	3	D.51 Deducción fiscal (por hogar)	-10
D.621	Prestaciones de seguridad social en efectivo	0		
D.623	Prestaciones sociales directas de los empleadores	2	D.61 Cotizaciones sociales	4
D.624	Prestaciones de asistencia social en efectivo	1	D.612 Cotizaciones sociales imputadas	4
D.63	Transferencias sociales en especie	9	D.7 Otras transferencias corrientes	33
D.631	Prestaciones sociales en especie	2	D.73 Transferencias corrientes entre administraciones públicas	15
D.6311	Reembolsos de prestaciones de seguridad social		D.74 Cooperación internacional corriente	15
D.6312	Otras prestaciones de seguridad social en especie		D.75 Transferencias corrientes diversas	3
D.6313	Prestaciones de asistencia social en especie	2		
D.632	Transferencias de bienes y servicios no de mercado individuales (donativos de las ISFLSH)	7		
D.7	Otras transferencias corrientes	183		
D.73	Transferencias corrientes entre administraciones públicas	173		
D.74	Cooperación internacional corriente	1		
D.75	Transferencias corrientes diversas	9		
B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	-168	B.1 <i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	-168
P.4	Consumo final efectivo	23		
P.41	Consumo individual efectivo			
P.42	Consumo colectivo efectivo	23		
B.2	<i>Financiación neta de la atención de la salud con recursos propios</i>	-191		

Cuenta G.2. **Administración regional y local**

Empleos		Recursos			
D.31	Subvenciones (a proveedores de atención de la salud)	20	D.51 Dedución fiscal (por hogar)	-12	
D.62	Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie	6	D.61 Cotizaciones sociales	3	
D.621	Prestaciones de seguridad social en efectivo		D.612 Cotizaciones sociales imputadas	3	
D.623	Prestaciones sociales directas de los empleadores	3			
D.624	Prestaciones de asistencia social en efectivo	3	D.7 Otras transferencias corrientes	30	
			D.73 Transferencias corrientes entre administraciones públicas	28	
			D.74 Cooperación internacional corriente	0	
D.63	Transferencias sociales en especie	41	D.75 Transferencias corrientes diversas	2	
D.631	Prestaciones sociales en especie	30			
D.6311	Reembolsos de prestaciones de seguridad social				
D.6312	Otras prestaciones de seguridad social en especie				
D.6313	Prestaciones de asistencia social en especie	30			
D.632	Transferencias de bienes y servicios no de mercado individuales (donativos de las ISFLSH)	11			
D.7	Otras transferencias corrientes	44			
D.73	Transferencias corrientes entre administraciones públicas	37			
D.74	Cooperación internacional corriente				
D.75	Transferencias corrientes diversas	7			
B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	-90	B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	-90
P.4	Consumo final efectivo	30			
P.42	Consumo colectivo efectivo	30			
B.2	<i>Financiación neta de la atención de la salud con recursos propios</i>	-120			

Cuenta G.3. **Administraciones de seguridad social**

Empleos		Recursos			
D.62	Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie	10	D.61 Cotizaciones sociales	558	
D.621	Prestaciones de seguridad social en efectivo	8	D.611 Cotizaciones sociales efectivas	556	
D.622	Prestaciones sociales de sistemas privados con constitución de reservas		D.6111 Cotizaciones sociales efectivas a cargo de los empleadores	279	
D.623	Prestaciones sociales directas de los empleadores	1	D.6112 Cotizaciones sociales efectivas a cargo de los asalariados	201	
D.624	Prestaciones de asistencia social en efectivo	1	D.6113 Cotizaciones sociales de los trabajadores autónomos y de los desempleados	76	
D.63	Transferencias sociales en especie	685	D.612 Cotizaciones sociales imputadas	2	
D.631	Prestaciones sociales en especie	685	D.7 Otras transferencias corrientes	186	
D.6311	Reembolsos de prestaciones de seguridad social	313	D.73 Transferencias corrientes entre administraciones públicas	175	
D.6312	Otras prestaciones de seguridad social en especie	372	D.74 Cooperación internacional corriente		
D.6313	Prestaciones de asistencia social en especie	0	D.75 Transferencias corrientes diversas	11	
D.632	Transferencias de bienes y servicios no de mercado individuales (donativos de las ISFLSH)	0			
D.7	Otras transferencias corrientes	13			
D.73	Transferencias corrientes entre administraciones públicas	8			
D.74	Cooperación internacional corriente	0			
D.75	Transferencias corrientes diversas	5			
B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	36	B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	36
P.4	Consumo final efectivo	45			
P.41	Consumo individual efectivo				
P.42	Consumo colectivo efectivo	45			
B.2	<i>Financiación neta de la atención de la salud con recursos propios</i>	-9			

Cuenta P.1. Seguros sociales privados

Empleos		Recursos	
D.62	Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie	75	D.61 Cotizaciones sociales 84
D.621	Prestaciones de seguridad social en efectivo		D.611 Cotizaciones sociales efectivas 83
D.622	Prestaciones sociales de sistemas privados con constitución de reservas	75	D.6111 Cotizaciones sociales efectivas a cargo de los empleadores 43
D.623	Prestaciones sociales directas de los empleadores	0	D.6112 Cotizaciones sociales efectivas a cargo de los asalariados 40
D.624	Prestaciones de asistencia social en efectivo		D.6113 Cotizaciones sociales de los trabajadores autónomos y de los desempleados
			D.612 Cotizaciones sociales imputadas 1
D.63	Transferencias sociales en especie	0	D.7 Otras transferencias corrientes 3
D.631	Prestaciones sociales en especie		D.75 Transferencias corrientes diversas 3
D.6311	Reembolsos de prestaciones de seguridad social		
D.6312	Otras prestaciones de seguridad social en especie		
D.6313	Prestaciones de asistencia social en especie		
D.632	Transferencias de bienes y servicios no de mercado individuales (donativos de las ISFLSH)	0	
D.7	Otras transferencias corrientes	8	
D.75	Transferencias corrientes diversas	8	
B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas</i>	4	
			B.1 <i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i> 4
P.4	Consumo final efectivo	0	
P.41	Consumo individual efectivo	0	
P.42	Consumo colectivo efectivo		
B.2	<i>Financiación neta de la atención de la salud con recursos propios</i>	4	

Cuenta P.2. **Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales)**

Empleos			Recursos		
D.7	Otras transferencias corrientes	66	D.7	Otras transferencias corrientes	69
D.72	Indemnizaciones netas de seguro	66	D.71	Primas netas de seguro	66
			D.75	Transferencias corrientes diversas	3
B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	3			
			B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	3
P.4	Consumo final efectivo				
P.41	Consumo individual efectivo				
P.42	Consumo colectivo efectivo				
B.2	<i>Financiación neta de la atención de la salud con recursos propios</i>	3			

Cuenta P.3. **Hogares**

Empleos			Recursos		
D.51	Deducción fiscal (por hogar)	-22	D.62	Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie	97
			D.621	Prestaciones de seguridad social en efectivo	8
D.61	Cotizaciones sociales	651	D.622	Prestaciones sociales de sistemas privados con constitución de reservas	75
D.611	Cotizaciones sociales efectivas	639	D.623	Prestaciones sociales directas de los empleadores	9
D.6111	Cotizaciones sociales efectivas a cargo de los empleadores	322	D.624	Prestaciones de asistencia social en efectivo	5
D.6112	Cotizaciones sociales efectivas a cargo de los asalariados	241			
D.6113	Cotizaciones sociales de los trabajadores autónomos y de los desempleados	76	D.63	Transferencias sociales en especie	749
D.612	Cotizaciones sociales imputadas	12	D.631	Prestaciones sociales en especie	720
			D.6311	Reembolsos de prestaciones de seguridad social	313
			D.6312	Otras prestaciones de seguridad social en especie	372
D.7	Otras transferencias corrientes	59	D.6313	Prestaciones de asistencia social en especie	35
D.71	Primas netas de seguro	51	D.632	Transferencias de bienes y servicios no de mercado individuales (donativos de las ISFLSH)	29
D.75	Transferencias corrientes diversas	8			
			D.7	Otras transferencias corrientes	109
			D.72	Indemnizaciones netas de seguro	50
			D.75	Transferencias corrientes diversas	59
B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	267			
			B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	267
P.4	Consumo final efectivo	1330			
P.41	Consumo individual efectivo	1330			
P.42	Consumo colectivo efectivo				
B.2	<i>Financiación neta de la atención de la salud con recursos propios</i>	-1063			

Cuenta P.4. ISFLSH (excepto seguros sociales)

Empleos		Recursos	
D.62	Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie	2	D.61 Cotizaciones sociales 2
D.622	Prestaciones sociales de sistemas privados con constitución de reservas	0	D.612 Cotizaciones sociales imputadas 2
D.623	Prestaciones sociales directas de los empleadores	2	D.7 Otras transferencias corrientes 22
			D.75 Transferencias corrientes diversas 22
D.63	Transferencias sociales en especie	14	
D.631	Prestaciones sociales en especie	3	
D.6313	Prestaciones de asistencia social en especie	3	
D.632	Transferencias de bienes y servicios no de mercado individuales (donativos de las ISFLSH)	11	
D.7	Otras transferencias corrientes	6	
D.75	Transferencias corrientes diversas	6	
B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	0	
			B.1 <i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i> 0
P.4	Consumo final efectivo	0	
P.41	Consumo individual efectivo	0	
P.42	Consumo colectivo efectivo		
B.2	<i>Financiación neta de la atención de la salud con recursos propios</i>	0	

Cuenta P.5. Empresas (excepto seguros médicos)

Empleos		Recursos	
		D.31	Subvenciones (a proveedores de atención de la salud) 20
D.62	Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie	1	
D.622	Prestaciones sociales de sistemas privados con constitución de reservas	0	D.61 Cotizaciones sociales 0
D.623	Prestaciones sociales directas de los empleadores	1	D.612 Cotizaciones sociales imputadas 0
D.7	Otras transferencias corrientes	65	D.7 Otras transferencias corrientes 11
D.71	Primas netas de seguro	9	D.71 Indemnizaciones netas de seguro 8
D.75	Transferencias corrientes diversas	56	D.75 Transferencias corrientes diversas 3
B.1	<i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i>	-35	
			B.1 <i>Saldo neto de las transferencias específicas de la salud</i> -35
P.4	Consumo final efectivo	0	
P.41	Consumo individual efectivo	0	
P.42	Consumo colectivo efectivo		
B.2	<i>Financiación neta de la atención de la salud con recursos propios</i>	-35	

Cuenta RDM. **Resto del mundo**

Empleos			Recursos		
D.7	Otras transferencias corrientes	27	D.7	Otras transferencias corrientes	10
D.71	Primas netas de seguro	6	D.71	Primas netas de seguro	
D.72	Indemnizaciones netas de seguro		D.72	Indemnizaciones netas de seguro	8
D.74	Cooperación internacional corriente	16	D.74	Cooperación internacional corriente	2
D.75	Transferencias corrientes diversas	5	D.75	Transferencias corrientes diversas	0
			B.1 (= B.2)	Variación del saldo de las operaciones corrientes con el exterior debida a las transferencias específicas de la salud	17

NOTAS EXPLICATIVAS DE LAS TRANSFERENCIAS DE LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

P.4 Consumo final efectivo

El concepto de consumo final efectivo, presentado en el SCN 93, introduce una nueva dimensión en el *Sistema de Cuentas Nacionales*. Crea una distinción entre el gasto en bienes y servicios de consumo y la adquisición de bienes y servicios de consumo para la satisfacción directa de las necesidades humanas. Cuando el consumo se registra en términos de gasto, el propósito es identificar las unidades institucionales que incurren en ese gasto y que controlan y financian los importes. Cuando el consumo se registra en términos de adquisiciones, el propósito es identificar las unidades que adquieren los bienes y servicios y se benefician de su utilización. El valor global del gasto en consumo final de los hogares, las administraciones públicas y las ISFLSH es igual a la suma del consumo final individual efectivo y el consumo final colectivo efectivo. El consumo final total es el mismo tanto si se utiliza el criterio del gasto como si se utiliza el criterio de las adquisiciones.

El enfoque elegido aquí es el de las adquisiciones. El consumo final efectivo puede dividirse entre consumo final individual efectivo (de los hogares) y consumo final colectivo efectivo (de las

administraciones públicas). No obstante, como se muestra en la tabla 9.5 del capítulo 9, una parte de los servicios que en el SCN 93 se clasifican como individuales (prevención, salud pública) no se considera servicios individuales en el SCS, sino que se registra en el rubro HC.6 como servicios colectivos. En el capítulo 5 se exponen las modificaciones aportadas a los límites de la producción del SCN para incluir en el gasto en salud la producción por cuenta propia de servicios de salud por parte de los hogares y los servicios de medicina del trabajo por las empresas.

P.41 Consumo individual final efectivo

Consiste en el consumo de bienes y servicios adquiridos individualmente por los hogares mediante su propio gasto o mediante transferencias sociales en especie recibidas de unidades de las administraciones públicas o ISFLSH (véase el apartado 9.72 del SCN 93).

El valor del consumo final individual efectivo es la suma de tres componentes:

- *el valor del gasto de los hogares* en consumo de bienes y servicios, incluido el gasto en bienes y servicios no de mercado vendidos a precios no significativos económicamente;
- *el valor del gasto a cargo de unidades de las administraciones públicas* en bienes y servicios de consumo individual suministrados a los hogares como transferencias sociales en especie;

- el *valor del gasto a cargo de ISFLSH* en bienes y servicios de consumo individual suministrados a los hogares como transferencias sociales en especie.

Los valores del gasto en salud en transferencias sociales a cargo de unidades de las administraciones públicas e ISFLSH son iguales a los valores imputados de los bienes y servicios suministrados a los hogares menos los importes de cualquier gasto a cargo de los hogares cuando se cobran precios no significativos económicamente (véase el apartado 9.73 del SCN 93). El gasto en que incurren los hogares para adquirir servicios de salud no de mercado producidos por unidades de las administraciones públicas o ISFLSH se incluye en el primer componente.

Los *bienes y servicios individuales*, por oposición a los bienes y servicios “públicos” tienen las siguientes características:

- La adquisición del bien o servicio por parte de un hogar o un miembro del mismo y el momento en que tuvo lugar dicha adquisición deben poder observarse y registrarse.
- El suministro del bien o servicio requiere el acuerdo del hogar, que ha de tomar las medidas necesarias para hacerlo posible; por ejemplo, acudiendo a un hospital.
- El bien o servicio debe ser de tal naturaleza que su adquisición por un hogar o persona, o en su defecto por un pequeño grupo de personas, imposibilite su adquisición por otros hogares o personas.

Las unidades de las administraciones públicas y las ISFLSH también adquieren bienes y servicios de consumo producidos por productores de mercado y suministrados directamente a los hogares. En este caso, las unidades de las administraciones públicas o las ISFLSH pagan los bienes o servicios sin someterlos a ningún tratamiento adicional y se encargan de que se distribuyan a los hogares como transferencias sociales en especie y se registren como prestaciones de asistencia social en especie.

P.42 Consumo final colectivo efectivo

Los servicios para consumo colectivo se prestan de forma simultánea a todos los miembros de la comunidad o de una parte específica de ésta, tales como todos los hogares de una región concreta. Los servicios colectivos son adquiridos y consumidos automáticamente por todos los miembros de una comunidad, o grupo de hogares, sin que éstos tomen medida alguna. Por su propia naturaleza, los servicios colectivos no se pueden vender en el mercado a las personas y son financiados por unidades de las administraciones públicas mediante impuestos u otras rentas (véase el apartado 9.43 del SCN 93).

Los servicios colectivos tienen las características siguientes:

- Pueden prestarse de forma simultánea a todos los miembros de la comunidad o de una parte específica de ésta.
- Normalmente, su uso es pasivo y no requiere el acuerdo explícito ni la participación activa de todas las personas afectadas.
- La prestación de un servicio colectivo a una persona no reduce la cantidad disponible para otros miembros de la misma comunidad o de una parte de ésta. No existe rivalidad en la adquisición (véase el apartado 9.83 del SCN 93).

El consumo final colectivo efectivo corresponde al consumo final efectivo de las unidades de las administraciones públicas y se considera que es igual al valor del gasto en que incurren para servicios colectivos. Aunque los servicios colectivos benefician a la comunidad o a determinadas secciones de la comunidad, más que a las administraciones públicas, el consumo efectivo de estos servicios no puede distribuirse entre los hogares ni incluso entre grupos de hogares. Por consiguiente, se atribuye a las mismas unidades de las administraciones públicas que efectúan el gasto correspondiente. El consumo final efectivo de las unidades de las administraciones públicas es por tanto

equivalente al consumo final total de las administraciones públicas menos el gasto en bienes y servicios individuales suministrados como transferencias sociales en especie a los hogares.

Nota: Aunque las ISFLSH pueden prestar servicios a grupos de sus miembros, son esencialmente servicios individuales más que colectivos. Por lo general, los no miembros están excluidos y no obtienen beneficios de los servicios prestados. Por lo tanto, todos los servicios prestados por las ISFLSH se tratan por convención como servicios individuales (véase el apartado 9.85 del SCN 93). Es decir, que se considera que todos los bienes y servicios cubiertos por el gasto final de las ISFLSH se suministran a hogares individuales como transferencias en especie. El consumo final colectivo efectivo incluye aquí únicamente el suministro de servicios de salud colectivos, como el mantenimiento de la salud pública.

D.3 Subvenciones

Las subvenciones son pagos corrientes sin contrapartida que las administraciones públicas efectúan a las empresas en virtud de sus niveles de producción o el volumen o el valor de los bienes y servicios que producen, venden o importan (véase el apartado 7.71 del SCN 93). El SCN distingue entre subvenciones a los productos (pagaderas por unidad de un bien o servicio) y las otras subvenciones a la producción (no calculadas por unidad de un bien o servicio), que a menudo consisten en transferencias regulares para cubrir pérdidas continuadas. Es importante recordar que las subvenciones no incluyen las ayudas de las administraciones públicas a las empresas para financiar su formación de capital, que se tratan como transferencias de capital (véase el apartado 7.72 del SCN 93).

Las subvenciones son transferencias regulares para compensar pérdidas continuadas

generadas 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 calcular los precios básicos de la producción de tales empresas, por lo general será necesario partir de la hipótesis de una tasa de subvención implícita uniforme calculada *ad valorem*, tasa que se determina por la relación en porcentaje entre la subvención y el valor de las ventas más la subvención (véase el apartado 7.78 del SCN 93).

Nota: En el SCS, todas las transferencias a las sociedades y cuasisociedades públicas que intervienen en la atención de la salud como productores no de mercado deben registrarse como "Otras transferencias corrientes" y no como D.31 Subvenciones. El término "subvenciones" se aplica solo a los productores de mercado.

D.5 Impuestos corrientes sobre la renta, el patrimonio, etc.

D.51 Impuestos sobre la renta

Esta partida comprende los impuestos sobre las rentas, los beneficios y las ganancias de capital. Gravan las rentas efectivas o presuntas de las personas físicas, los hogares, las ISFL o las sociedades (véase el apartado 8.52 del SCN 93).

Nota: Normalmente no existen impuestos sobre la renta destinados específicamente a la salud. Sin embargo, la política de las administraciones públicas respecto de la imposición de la renta de los hogares puede influir indirectamente en las decisiones de éstos sobre la financiación de la atención de la salud, por ejemplo, cuando se conceden deducciones fiscales a los hogares sobre los seguros médicos privados o sobre los pagos directos de servicios de atención de la salud. Esta información es importante para el análisis de las políticas sanitarias y se ha incluido, por tanto, en el ejemplo ilustrado en la tabla 6.3.

D.61 Cotizaciones sociales para prestaciones de salud

D.611 Cotizaciones sociales efectivas a cargo de los empleadores para prestaciones de salud

Son en las cotizaciones sociales pagadas por los empleadores a las administraciones de seguridad social y a las empresas de seguro que administran sistemas de seguros sociales, con el fin de asegurar la provisión de prestaciones sociales a sus asalariados. Dado que las cotizaciones sociales efectivas a cargo de los empleadores se hacen en beneficio de sus asalariados, su importe se registra como uno de los componentes de la remuneración de los asalariados, junto con los sueldos y salarios en efectivo y en especie. Posteriormente, las cotizaciones sociales se registran como transferencias corrientes de los asalariados a las administraciones de seguridad social o empresas de seguro (véase el apartado 8.67 del SCN 93).

Nota: Las cuentas presentadas en este capítulo utilizan la distinción del SCN 93 entre cotizaciones sociales efectivas a cargo de los empleadores (D.6111), cotizaciones sociales efectivas a cargo de los asalariados (D.6112) y cotizaciones sociales de los trabajadores autónomos y de los desempleados (véanse más detalles en los apartados 8.68 a 8.70 del SCN 93).

Aunque a efectos administrativos es más eficaz que los empleadores paguen las cotizaciones en nombre de sus asalariados, esto no debe ocultar la realidad económica subyacente. El pago que el empleador realiza a las administraciones de seguridad social, empresa de seguro o fondo de pensiones autónomo no es, de hecho, una transferencia corriente del empleador. La transferencia tiene lugar entre el asalariado y las administraciones de seguridad social, empresa de seguro o fondo de pensiones autónomo, y se efectúa con cargo a la remuneración que proporciona el empleador. En las cuentas, las

cotizaciones sociales de los empleadores se describen habitualmente como si se reasignaran a través de las cuentas de distribución primaria y secundaria de la renta de los asalariados (véase el apartado 8.67 del SCN 93).

Para las Cuentas Nacionales de Salud resultaría útil desglosar además las cotizaciones sociales para prestaciones de salud en cotizaciones obligatorias y cotizaciones voluntarias. Este desglose adicional no modifica el mecanismo básico de la tabla 6.3 y, por consiguiente, se ha omitido en el presente manual.

D.612 Cotizaciones sociales imputadas para prestaciones de salud

Estas cotizaciones corresponden a las prestaciones sociales suministradas directamente por los empleadores a sus asalariados sin crear un fondo especial (seguro social directo).

Nota: Para obtener una explicación detallada de las normas contables y recomendaciones sobre este rubro, véanse los apartados 8.71 a 8.74 del SCN 93.

D.62 Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie

Este rubro comprende todas las prestaciones sociales de atención de la salud suministradas en efectivo o fuera del marco de las administraciones de seguridad social. El SCS sigue la recomendación del SCN 93 de distinguir entre las prestaciones de los seguros sociales y las prestaciones de la asistencia social, y entre prestaciones en efectivo y prestaciones en especie. La distinción entre la seguridad social y otros seguros sociales es un elemento esencial del desglose de las fuentes de financiación de la ICHA-HF.

Nota: Las cuentas finales del SCS en su versión actual no incluyen las prestaciones relacionadas con la salud en efectivo, como las licencias por

enfermedad o maternidad, que se registrarían en la función relacionada con la salud HC.R.7 y no se incluyen en el gasto corriente total en salud.

Por tanto, dos elementos de D.62 son pertinentes para el SCS:

- Las prestaciones sociales en efectivo suministradas a los hogares como ayuda para la atención de la salud en el domicilio y que pueden considerarse un cuasipago por la correspondiente producción de los hogares.
- Las prestaciones de seguros sociales de bienes y servicios de atención de la salud suministradas a los hogares en el marco de seguros sociales con y sin constitución de reservas.

D.621 Prestaciones de seguridad social en efectivo

Este rubro comprende las prestaciones sociales en efectivo suministradas a los hogares como ayuda para la atención de la salud en el domicilio y que pueden considerarse un cuasipago por la correspondiente producción de los hogares.

Nota: Las prestaciones por enfermedad y discapacidad y las primas de maternidad no se registran aquí, ya que no forman parte del marco de las transferencias presentado en este capítulo.

D.622 Prestaciones sociales de sistemas privados con constitución de reservas

Se trata de prestaciones de seguros sociales de bienes y servicios de atención de la salud a pagar a los hogares por las empresas de seguro u otras unidades institucionales que administran sistemas de seguros sociales privados con constitución de reservas (véase el apartado 8.79 del SCN 93).

Nota: En este rubro solo se registrarán las prestaciones en especie. En el SCS, los reembolsos de los pagos de los asalariados por servicios de atención de la salud deben tratarse como

prestaciones en especie, de forma análoga a los reembolsos de prestaciones de seguridad social.

D.623 Prestaciones sociales directas de los empleadores

Se trata de prestaciones sociales de bienes y servicios de atención de la salud suministradas por los empleadores que administran sistemas de seguros sociales sin constitución de reservas a sus asalariados o las personas que dependen de ellos (véase el apartado 8.80 del SCN 93).

Nota: Únicamente se incluyen aquí los servicios médicos generales no relacionados con el trabajo del asalariado. En el SCS, los servicios de medicina del trabajo se registran en el rubro D.75 "Otras transferencias corrientes".

En este rubro solo se registrarán las prestaciones en especie. No obstante, en el SCS, los reembolsos de los pagos de los asalariados por servicios de atención de la salud deben tratarse como prestaciones en especie, de forma análoga a los reembolsos de prestaciones de seguridad social.

D.624 Prestaciones de asistencia social en efectivo

Las prestaciones de asistencia social son transferencias corrientes que las administraciones públicas o las ISFLSH pagan a los hogares con el fin de atender las mismas necesidades que las prestaciones de los seguros sociales, pero que no se proporcionan en el marco de un sistema de seguros sociales con cotizaciones sociales y prestaciones de los seguros sociales (véanse los apartados 8.81 a 8.83 del SCN 93).

Nota: Se trata, por ejemplo, de reembolsos de servicios de atención de la salud a personas que no participan en ningún sistema de seguros sociales ni tienen derecho a las prestaciones correspondientes, o de prestaciones suplementarias concedidas en algunos casos a personas que están solo parcialmente cubiertas por un seguro social de atención de la salud.

D.63 Transferencias sociales en especie**D.631 Prestaciones sociales en especie**

Se trata de bienes y servicios individuales suministrados a los hogares individuales como transferencias en especie por unidades de las administraciones públicas (incluidas las administraciones de seguridad social) y por ISFLSH; dichos bienes y servicios pueden adquirirse en el mercado o ser producidos por fuera del mercado, por unidades de las administraciones públicas o por ISFLSH. Pueden financiarse con impuestos, con otros ingresos públicos o con cotizaciones de la seguridad social, o bien con donaciones y rentas de la propiedad en el caso de las ISFLSH (véase el apartado 8.99 del SCN 93).

Nota: Si las cuentas de las administraciones de seguridad social no se pueden separar de las de los otros subsectores de las administraciones públicas, es posible que tampoco se puedan dividir las prestaciones sociales entre prestaciones de la seguridad social y otras. Las prestaciones de la seguridad social en especie se subdividen en dos tipos: aquéllas en que los hogares beneficiarios adquieren realmente ellos mismos los bienes o servicios y posteriormente se les reembolsa su costo, y aquéllas en que los servicios correspondientes se prestan directamente a los beneficiarios (véase el apartado 8.99 del SCN 93).

D.6311 Reembolsos de prestaciones de seguridad social

El reembolso por las administraciones de seguridad social de los gastos autorizados hechos por los hogares en bienes o servicios específicos es una forma de prestación social en especie (véase el apartado 8.101 del SCN 93).

Nota: Ejemplos de gastos que pueden reembolsarse son los realizados en medicamentos, tratamientos médicos u odontológicos, facturas de hospitales, facturas de optómetras, etc. El monto del gasto reembolsado se registra como si

lo hubieran hecho directamente las administraciones de seguridad social en el momento en que el hogar realiza la compra, mientras que el único gasto registrado para el hogar es la diferencia, en su caso, entre el precio de adquisición pagado y la suma reembolsada. Por tanto, el monto del gasto reembolsado no se trata como una transferencia corriente en efectivo de las administraciones de seguridad social a los hogares.

D.6312 Otras prestaciones de seguridad social en especie

Son las transferencias sociales en especie, excepto los reembolsos, hechas por las administraciones de seguridad social a los hogares (véase el apartado 8.103 del SCN 93).

Nota: En su mayor parte suelen ser tratamientos médicos, odontológicos o quirúrgicos, estancias hospitalarias, gafas o lentes de contacto, prótesis o equipos y bienes o servicios análogos asociados con la prestación de asistencia sanitaria. Los servicios pueden ser prestados por productores de mercado o no de mercado y han de valorarse según proceda. En ambos casos debe deducirse cualquier pago nominal hecho por los propios hogares (véase el apartado 8.103 del SCN 93).

D.6313 Prestaciones de asistencia social en especie

Nota: Son transferencias en especie hechas a los hogares por unidades de las administraciones públicas o por ISFLSH, de naturaleza similar a las prestaciones de la seguridad social en especie, pero que no se proporcionan en el contexto de un sistema de seguros sociales.

D.632 Transferencias de bienes y servicios no de mercado individuales

Comprenden los bienes o servicios individuales suministrados a los hogares, gratuitamente o a precios económicamente no significativos, por productores no de mercado de unidades de las administraciones públicas o de ISFLSH. Aunque algunos de los servicios no de mercado (en el

ámbito de la salud) producidos por las ISFLSH tienen algunas de las características de los servicios colectivos, todos los servicios no de mercado producidos por las ISFLSH se tratan, convencionalmente y para simplificar, como servicios de carácter individual (véase el apartado 8.105 del SCN 93).

Nota: Las transferencias de servicios no de mercado de medicina del trabajo deben añadirse a la partida D.63. Consisten en servicios de medicina del trabajo proporcionados por los empleadores a sus asalariados gratuitamente. En el sistema central del SCN 93 se registran como consumos intermedios internos. En la cuenta satélite de salud se externalizan y se consideran producción no de mercado de los empleadores y se incluyen en el consumo final efectivo de los hogares.

D.7 Otras transferencias corrientes

D.71 Primas netas de seguros distintos a los de vida

Son las primas de seguro a pagar a seguros médicos y de accidentes privados menos los costos del servicio de seguro (véase el apartado 8.85 del SCN 93).

Nota: Las primas de seguros de accidentes deben registrarse por el importe correspondiente a la parte de las actividades (indemnizaciones) de las empresas de seguro que corresponde a gastos en bienes y servicios de atención de la salud.

D.72 Indemnizaciones netas de seguros distintos a los de vida

Estas transferencias son los importes a pagar como indemnizaciones de seguros médicos y de accidentes (véase el apartado 8.85 del SCN 93).

Nota: Las indemnizaciones de seguros de accidentes deben registrarse por el importe correspondiente a la parte de las actividades

(indemnizaciones) de las sociedades que corresponde a gastos en bienes y servicios de atención de la salud.

D.73 Transferencias corrientes entre administraciones públicas

Esta partida comprende a las transferencias corrientes entre las diferentes unidades o entre los distintos subsectores del sector de las administraciones públicas. Incluyen las transferencias corrientes entre los distintos niveles de las administraciones públicas, tales como las que suelen efectuarse entre las unidades de las administraciones públicas centrales y las regionales o locales, y entre de las administraciones públicas y las administraciones de seguridad social. No incluyen las transferencias de fondos destinados a financiar la formación bruta de capital fijo, que se tratan como transferencias de capital (véase el apartado 8.90 del SCN 93).

Nota: Estas transferencias pueden desempeñar un papel importante en la financiación de la atención de la salud. Su tratamiento exacto para encajarlas en el marco contable de la salud depende del grado de detalle deseado. El ejemplo ilustrado en la tabla 6.3 es el de un pequeño país con dos niveles de administración pública: administración central y administración local.

D.74 Cooperación internacional corriente

La cooperación internacional corriente comprende las transferencias corrientes en efectivo o en especie entre las administraciones públicas de diferentes países o entre las administraciones públicas y las organizaciones internacionales (véase el apartado 8.92 del SCN 93).

Nota: Incluyen las transferencias en especie en forma de medicamentos y la prestación directa de servicios de atención de la salud en un país

extranjero en virtud, por ejemplo, de la ayuda internacional. También incluyen los pagos de transferencia destinados a financiar gastos corrientes de salud en países extranjeros donde son canalizados por organismos públicos.

D.75 Transferencias corrientes diversas

Se trata de todos los otros tipos de transferencias corrientes características de la salud y que pueden tener lugar entre unidades residentes o entre unidades residentes y unidades no residentes. A continuación se presentan algunas de las más importantes (véase el apartado 8.93 del SCN 93).

Servicios de medicina del trabajo

Con arreglo a la modificación de los límites de la producción del SCS para incluir la medicina del trabajo en el gasto corriente total en salud, en el SCS se incluye la medicina del trabajo suministrada por los empleadores en esta partida.

Transferencias corrientes a las ISFLSH

Se trata de las transferencias en efectivo o en especie recibidas por las ISFLSH de otras unidades institucionales residentes o no residentes en forma de cuotas de afiliación, suscripciones, donaciones voluntarias, etc., realizadas de manera periódica u ocasional. Están destinadas a cubrir los costos de la producción no de mercado de las ISFLSH, o a proporcionar los fondos con cargo a los cuales se realizan las transferencias corrientes a los hogares residentes o no residentes en forma de prestaciones de asistencia social de bienes y servicios de atención de la salud. En este rubro se incluyen las transferencias en especie, en forma de donaciones de medicamentos, etc., que se hacen a las instituciones benéficas para su distribución entre los hogares residentes o no residentes (véase el apartado 8.94 del SCN 93).

Pagos compensatorios

Se trata de transferencias corrientes pagadas por unas unidades institucionales a otras como com-

pensación por los daños causados a las personas o a las propiedades, excluidos los pagos de las indemnizaciones de los seguros no vida. Los pagos compensatorios pueden ser tanto pagos obligatorios dictados por los tribunales de justicia, como pagos *ex gratia* acordados extrajudicialmente (véase el apartado 8.98 del SCN 93).

Nota: En este rubro se incluyen únicamente las compensaciones por los daños causados por otras unidades institucionales. Se incluyen también los pagos *ex gratia* hechos por unidades de las administraciones públicas o por las ISFLSH en compensación de las lesiones o daños causados por desastres naturales.

Otras transferencias relacionadas con la atención de la salud

Esta lista de transferencias completa la gama de instrumentos presentados aquí y podría utilizarse en cuentas más elaboradas. El registro de elementos como los impuestos sobre productos "reservados" a la salud podría aportar información de utilidad para el análisis de las políticas sanitarias. Aparecerían en diversos saldos contables del sistema de cuentas financieras de la tabla 6.3 y podrían registrarse como rubros *pro memoria* con las transferencias correspondientes.

Por ejemplo, los impuestos "reservados" a la salud, como algunos impuestos sobre el alcohol o el tabaco, podrían registrarse como rubro *pro memoria* en las transferencias correspondientes, por ejemplo, en las transferencias de las administraciones públicas a las administraciones de seguridad social, si existiera una norma explícita o implícita que estableciera que tales impuestos deben utilizarse para financiar las administraciones de seguridad social. Sin embargo, es importante comprender que, aunque estos elementos adicionales pueden influir en el comportamiento de los agentes del sistema de atención de la salud, no cambian los saldos contables tal y como se definen aquí (tabla 6.3 y cuentas sectoriales presentadas en este anexo).

7. MEDICIÓN DE PRECIO Y VOLUMEN

INTRODUCCIÓN

- 7.1. Los encargados de elaborar las políticas de salud y los estadísticos manifiestan una preocupación creciente por la necesidad de dedicar más atención y una parte mayor de los recursos estadísticos a la difícil tarea de medir los precios y volúmenes de los servicios de salud. En muchos casos las series cronológicas de los precios de la atención de la salud transmitidas adolecen de deficiencias graves.
- 7.2. Las dificultades conceptuales básicas en la medición del precio y el volumen en el campo de los servicios de la salud también ocurren en otras ramas de actividad de servicios, como los servicios de comunicaciones, informática e información. Las dificultades para la medición del precio y el volumen en el sector de la salud se deben en parte a problemas bien conocidos de medición que se observan en las ramas de actividad de servicios, como la definición de la producción, la selección apropiada de las unidades de medida y el control de los cambios de calidad. Los resultados de varios estudios recientes sugieren que las sustantivas mejoras de la calidad de la atención de la salud logradas en los dos últimos decenios, han quedado gravemente subestimadas en las mediciones del volumen [véanse, por ejemplo, Cutler, *et al.* (1996) y Frank, *et al.* (1998)].
- 7.3. En el presente capítulo se estudian algunos de los problemas actuales del cálculo a precios constantes de la producción de mercado y no de mercado de bienes y servicios de las ramas de actividad de atención de la salud, y se analizan los problemas metodológicos de las comparaciones internacionales de precios en este campo. Este capítulo omite la parte más técnica de la elaboración de los índices y se centra en propuestas sobre cómo mejorar las encuestas sobre las variaciones de precio y de volumen en los servicios de atención de la salud [véase en OECD (1996e) un estudio detallado de los diversos métodos utilizados actualmente para la medición de precios de los servicios de salud de los países de la OCDE].

- 7.4. Aquí se propone generalizar la aplicación de métodos que se han ensayado en varios países de la OCDE que han puesto en marcha proyectos para mejorar la medición de los precios y la producción de las ramas de actividad de atención de la salud, principalmente a través de la medición directa de indicadores de producción. Los resultados de estos estudios indican que la atención de la salud es un ámbito donde es posible crear mejores indicadores para la medición del precio y la producción cuando existen sistemas de información detallada.

UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DE VOLUMEN Y PRECIO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

- 7.5. En los últimos veinte años, en muchos países de la OCDE los precios registrados de los bienes y servicios de atención de la salud se han incrementado con mayor rapidez que los de otros bienes y servicios. En algunos casos, este aumento de la inflación de los precios de la salud por encima del deflactor del PIB ha sido un argumento importante en la adopción de políticas presupuestarias o de medidas de control directo de los precios. Por lo general, los modelos de uso común en la predicción de los gastos en salud para la elaboración de presupuestos y la planificación a medio plazo se basan en un desglose fundamental del incremento del gasto en componentes de volumen y de precio.
- 7.6. El estudio de las repercusiones a largo plazo de los servicios de salud en el crecimiento de las ramas de actividad de servicios, las tendencias globales de la productividad económica y los precios relativos depende también de la disponibilidad de mediciones fiables de los precios y los volúmenes en el ámbito de los bienes y servicios de salud. Los defectos de la medición del precio y el volumen de los servicios de atención de la salud tienen implicaciones en la medición del crecimiento total del PIB en términos reales. El crecimiento de la renta real de los hogares también puede subestimarse en países donde la atención de la salud es un componente importante del índice de precios de consumo (véase Boskin *et al.* 1996, en lo referente a EE.UU.). Por último, como algunos países ya han sustituido sus métodos de estimación tradicionales de los precios y los volúmenes por nuevas fórmulas, puede ser aún más difícil la comparación internacional de las tendencias de la productividad.

MEDICIÓN DE LAS VARIACIONES DE PRECIO Y VOLUMEN EN EL MARCO DEL SCS

- 7.7. En el Sistema de Cuentas de Salud, la medición de las variaciones de precio y volumen puede analizarse desde dos perspectivas distintas, según el propósito principal sea medir las variaciones del volumen de producción o las variaciones del poder adquisitivo respecto a una cesta de bienes y servicios de consumo final.
- 7.8. Para el primer tipo de análisis, el Sistema de Cuentas Nacionales propone un marco para elaborar un conjunto coherente e integrado de mediciones de precio y volumen, que cubre todos los flujos de bienes y servicios, como se registran en las tablas de origen y destino (véanse las tablas 8.2 y 8.3 del capítulo 8, que describen respectivamente los recursos y los empleos de los servicios de atención de la salud en el conjunto de la economía). Para la medición del precio y el volumen, la producción de las ramas de actividad de atención de la salud puede desglosarse en las categorías que muestra la tabla 7.1, de acuerdo con las categorías principales de la clasificación de proveedores de atención de la salud ICHA-HP, con referencias cruzadas a los códi-

gos correspondientes de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) (véanse definiciones más detalladas de las ramas de actividad de la salud en los capítulos 4 y 10).

- 7.9. Una segunda serie de estadísticas de precio y volumen para las ramas de actividad de la salud utiliza índices “independientes”, como los índices de precios de consumo. No obstante, en el presente capítulo veremos que las estrategias básicas de estimación que se proponen más adelante para medir los precios de producción de los servicios de salud de mercado y no de mercado, también proporcionan un punto de partida apropiado para medir la producción y los precios de una parte considerable de los servicios de salud no de mercado y también de los servicios de salud reflejados en el índice de precios de consumo (IPC).

Tabla 7.1. Medición de la producción para uso final en precio y volumen de las diversas ramas de actividad de atención de la salud

Código ICHA-HP	Descripción	Código CIIU correspondiente	Producción no de mercado	Producción de mercado
HP.1	Hospitales	8511	X	X
HP.2	Establecimientos atenc. medical. y rehab.*	8519/8531	(X)	(X)
HP.3	Atención ambulatoria	8512/8519	X	X
HP.4	Minoristas y otros prov. de prod. médicos	5231/5239/3311		X
HP.5	Servicios de salud públ.	8519	X	
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos	7512/7530/6603	X	X
HP.9	(Resto de la economía)	(no forma parte de los proveedores de serv. de salud)	(no forma parte de los proveed. de serv. de salud)	(no forma parte de los prov. de serv. de salud)

*La mayoría de las ramas de actividad de HP.2 son productores secundarios de servicios de atención de la salud.

ESTADO ACTUAL DE LA MEDICIÓN DE PRECIO Y VOLUMEN

- 7.10. En lo referente a la producción de mercado del sector de la salud, los principales problemas y deficiencias de la medición de precios son los siguientes:
- La *fragmentación de los servicios* en unidades de medición que corresponden más a insumos que a productos; por ejemplo, días de hospitalización u honorarios por determinados procedimientos médicos que son solo parte del tratamiento.
 - La *utilización de precios regulados o administrados*, con arreglo a listas de precios por servicio, para determinados procedimientos médicos; el hecho de que los médicos sometidos a un sistema de precios regulados tienden a multiplicar los procedimientos médicos para obtener resultados similares, con vistas a incrementar sus ingresos, provoca a menudo distorsiones y aumentos de las variaciones de precios, lo que ocasiona una subestimación de los incrementos de precios reales.
 - El tratamiento incorrecto de los acuerdos de costos compartidos; por ejemplo, de productos farmacéuticos.
 - Las cestas relativamente pequeñas para la cobertura de los servicios esenciales de atención de la salud.

- Los datos insuficientes para determinar los sistemas de ponderación.
 - El reflejo inadecuado de los adelantos tecnológicos y terapéuticos y la utilización de *cestas de servicios obsoletas*.
 - La utilización de mediciones poco precisas de la producción, como el número de visitas al médico o los días de hospitalización.
- 7.11. Las estrategias tradicionales para estimar la producción no de mercado se centraban en los métodos siguientes:
- La utilización de indicadores de los insumos o de los precios de los insumos para representar la producción (número de asalariados y de horas trabajadas; índices de salarios; con o sin hipótesis exógenas adicionales sobre las tendencias de la productividad del factor trabajo).
 - La utilización de índices compuestos (combinaciones de indicadores de insumos y productos).
 - La utilización de componentes pertinentes del IPC para deflactar el valor de los servicios no de mercado.

MEDICIÓN DE PRECIO Y PRODUCCIÓN EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD: ESTRATEGIA PROPUESTA

- 7.12. Se admite cada vez más que los métodos basados en la utilización de indicadores de insumos resultan inapropiados para la medición de precios y volúmenes en la producción de servicios de salud no de mercado. Los investigadores y estadísticos de un número creciente de países consideran que es preferible recurrir a la elaboración de indicadores de producción para medir el volumen e, indirectamente, los precios. Por tanto, en esta sección se hacen diversas sugerencias relativas a las unidades de producto apropiadas para medir el volumen. Las observaciones siguientes sobre la definición de unidades de producto también son de interés para la elaboración de índices de precios para la producción de mercado.

Definición de las unidades de medición

- 7.13. Debe evitarse la fragmentación de los servicios en la definición de la producción de atención de la salud. La mejor manera de obtener unidades de productos más homogéneas es agrupando los servicios que en su conjunto constituyen el tratamiento de un episodio de enfermedad. Esto permitirá rastrear el costo efectivo de cada tratamiento, cuyo contenido puede variar rápidamente con el tiempo, debido a los adelantos tecnológicos.
- 7.14. Durante mucho tiempo se ha sugerido el enfoque del costo por episodio de enfermedad en lugar de los índices tradicionales de precios de la atención (Scitovsky, 1967). Los ensayos efectuados en ese sentido han dado resultados prometedores (Australian Bureau of Statistics, 1997 y van Tuinen *et al.*, 1997). La difusión de este enfoque depende de la disponibilidad de sistemas de notificación basados en los casos y de la integración de las estadísticas de salud en sistemas de información coherentes y completos que vinculen los datos de los pacientes con las estimaciones de los costos.
- 7.15. Para que el tratamiento de un episodio de enfermedad se convierta en una unidad de medición estadística deben tenerse en cuenta varios parámetros, que precisan contar con sistemas normalizados de clasificación y de información sobre los pacientes:

- la naturaleza del trastorno subyacente (enfermedad o discapacidad);
 - la gravedad del caso (con complicaciones o no);
 - la edad y el género del paciente;
 - las intervenciones efectuadas normalmente, los recursos y la tecnología utilizados (por ejemplo, tipo de cirugía, consulta médica, procedimientos obstétricos, laboratorio, etc.).
- 7.16. Los sistemas de grupos de diagnóstico relacionados (GDR) han servido de punto de partida para mejorar los indicadores de la producción no de mercado de atención hospitalaria en varias aplicaciones piloto recientes (Australian Bureau of Statistics, 1997). Se podrían calcular los precios de unidades de producto correspondientes a grupos de servicios de definición similar y proceder a esas mismas agrupaciones para medir directamente los precios de los servicios de mercado.
- 7.17. La mayor parte de las propuestas recientes para mejorar las bases metodológicas de los índices de precios y volumen en el sector de la salud se ha centrado en la producción de los hospitales, la atención ambulatoria y los productos médicos.

Atención hospitalaria

- 7.18. Para la producción no de mercado, los episodios de tratamiento definidos por los GDR constituyen unidades de producto relativamente uniformes para la medición del precio y el volumen. Los problemas no resueltos se refieren, principalmente, a los cambios de calidad a través del tiempo. Dado el retroceso de la atención hospitalaria frente a la atención ambulatoria, la actividad de los hospitales podría evolucionar poco a poco hacia el tratamiento de casos cada vez más costosos en todos los GDR. El avance tecnológico, especialmente en los procedimientos de diagnóstico, puede tener dos efectos. Puede incrementarse el número de casos detectados tempranamente, por lo que se reduciría la gravedad media de los casos, o bien puede producirse una preselección más eficaz de casos para tratamiento no hospitalario. Esto dejaría para la atención hospitalaria las patologías que exigen más recursos.
- 7.19. En términos generales, un problema básico de la medición precisa de precio y volumen en la atención de la salud es el cambio constante en algunos tipos de tratamiento, de una rama de actividad proveedora a otra. Entre los ejemplos más importantes están la cirugía ambulatoria y el tratamiento ambulatorio de enfermedades psiquiátricas importantes. Éstos y otros ejemplos similares plantean la cuestión de si la medición de episodios de tratamiento debe detenerse en el límite del ámbito de actividad de cada categoría de proveedor de atención de la salud. Por ejemplo, es posible que una menor utilización de recursos hospitalarios (y estancias más breves) se vea parcialmente contrarrestada por mayores demandas de atención ambulatoria; por ejemplo, de mejores medicamentos.

Otros tipos de atención residencial

- 7.20. En lo que respecta a la producción no de mercado, el número de casos o de camas ocupadas es solo un indicador aproximado de la producción de los establecimientos de atención de larga duración. La definición de grupos homogéneos de enfermos está menos desarrollada para la atención de larga duración que para la atención hospitalaria (aguda). La medición de los gru-

pos de casos de la atención de larga duración debería incluir, además de la edad y el género, por lo menos una escala básica de la ayuda necesaria para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

Atención ambulatoria

- 7.21. La atención ambulatoria comprende una gran variedad de ramas de actividad (proveedoras de atención) bastante heterogéneas. También en este caso la unidad de medición debería ser, en principio, un episodio de tratamiento bien definido. La dificultad principal para la medición precisa de los precios de la atención ambulatoria radica en la fragmentación de los servicios que constituyen un episodio de tratamiento. El número de pacientes, por ejemplo, no es buen indicador sustitutivo de la medición de volumen.

Servicios de salud pública y administración general de la salud

- 7.22. El fundamento metodológico de la definición de medidas de volumen para la administración general de la salud y los servicios de salud pública es mucho más débil que el de los servicios de atención de la salud. Indicadores como el número de formularios procesados, o el número de inspecciones de alimentos, o el de vacunaciones están lejos de ser instrumentos perfectos. Desde la perspectiva de la salud pública, se puede estimar que el número de formularios procesados, por ejemplo, no es “un objetivo de producción” y no debe emplearse como indicador de incremento de la productividad. Por otra parte, el número de vacunaciones puede ser un indicador de la producción más aceptable. Son necesarios nuevos estudios del volumen y la productividad de las actividades de gestión de la salud, para mejorar significativamente su medición.

MEDICIÓN DE LOS CAMBIOS DE CALIDAD

- 7.23. Los cambios de calidad de los servicios de atención de la salud son difíciles de controlar y hoy en día se quedan sin registrar en gran medida. Esto se debe en parte a deficiencias metodológicas. Además de la dificultad de definir los criterios de medición de la calidad, es difícil establecer la distinción entre mejora de la calidad y cambios de la composición de las patologías asociadas y clasificar sistemáticamente la producción en función de la gravedad de los pacientes tratados (unidades de medición uniformes). Sin embargo, existen indicadores que podrían servir para evaluar, al menos de forma indirecta, los cambios de calidad y que quizá no se han aprovechado lo suficiente para la medición del precio y el volumen de los servicios de atención de la salud.
- 7.24. Entre los ejemplos de indicadores de la calidad de la atención se pueden citar los siguientes:
- Las tasas de resultados no deseados, como:
 - tasa baja de recuperación (tiempo promedio de supervivencia);
 - tasa de infecciones nosocomiales;
 - número de reingresos para determinados tratamientos hospitalarios;
 - número de muertes durante el tratamiento o después de éste.
 - Las tasas de pacientes bien preparados para un seguimiento terapéutico óptimo (por ejemplo, cumplimiento del programa de diálisis).
 - Las tasas de diagnósticos correctos de la enfermedad principal (confirmada por cirugía o necropsia).

- 7.25. Para las mediciones, debe tenerse en cuenta que estos indicadores no son independientes entre sí. Por ejemplo, la duración de la estancia para tratamiento hospitalario no es un buen indicador de los cambios de calidad si se considera únicamente la atención hospitalaria. Las estancias más breves son contrarrestadas en parte por la utilización más intensiva de servicios de rehabilitación (hospitalarios y ambulatorios) o por un tratamiento farmacológico más caro en régimen ambulatorio.

MEDICIÓN DE PRODUCCIÓN FRENTE A RESULTADOS

- 7.26. En una serie de estudios recientes se ha intentado ajustar los movimientos de precios de los componentes del IPC midiendo los cambios en los resultados de los servicios de atención de la salud (Cutler, *et al.*, 1996 y Frank *et al.*, 1998). Las mediciones de los resultados más utilizadas son los indicadores de aumentos de años de vida atribuibles a un tratamiento específico ajustados a la calidad. Este método da pie a varias observaciones.
- 7.27. En primer lugar, el SCN 93 distingue explícitamente entre la medición de resultados y la medición de producto en el contexto del IPC, pero los mismos argumentos son pertinentes para los servicios no de mercado:

“El objetivo es medir las cantidades de servicios prestados efectivamente a los hogares. Esto no debe confundirse con los beneficios obtenidos de tales servicios. La producción de servicios de salud debe distinguirse claramente de la salud de la comunidad. De hecho, una de las razones para tratar de medir la producción de los servicios de salud es medir el efecto que tendría en la salud de la comunidad un incremento del volumen de los servicios de salud. Por supuesto, esto requiere una medición del volumen de servicios de salud que sea distinta de la salud en sí misma. Es bien sabido que existen muchos factores, como saneamiento, vivienda, nutrición, educación, consumo de tabaco, alcohol y drogas, contaminación, etc., cuyas repercusiones colectivas sobre la salud de la comunidad pueden ser mucho mayores que el suministro de servicios de salud” (véanse los apartados 16.135 y 16.136 del SCN 93).

- 7.28. En segundo lugar, se ha afirmado que los resultados, en el sentido de los efectos del tratamiento en el estado de salud, son solo un aspecto de varios que conforman la calidad. Otros aspectos importantes de la calidad que pueden no tener una repercusión fuerte o directa en el estado de salud son la accesibilidad de los servicios y la comodidad de los pacientes (por ejemplo, el tratamiento de las caries con o sin anestesia local). La accesibilidad ofrece un ejemplo de posibles conflictos entre el objetivo de maximización de los resultados y otros criterios de calidad. Por ejemplo, la concentración de servicios especializados de tratamiento hospitalario en unidades grandes donde se atiende un gran número de casos similares puede constituir un medio excelente de mejorar los resultados, aun cuando, por otro lado, reduce la accesibilidad de los servicios.

NOTA SOBRE LAS PARIDADES DE PODER ADQUISITIVO

- 7.29. Muchos de los argumentos presentados en este capítulo son aplicables también a las comparaciones internacionales de precio y volumen en la atención de la salud. Se está llegando a un

consenso acerca de que los indicadores de producción pueden ser preferibles a otros métodos para comparar los precios de los servicios de salud entre países. En el marco del proyecto de Eurostat y la OCDE sobre las paridades de poder adquisitivo, se ha presentado recientemente una propuesta para la recogida de los precios de mercado de un grupo de procedimientos quirúrgicos. Hoy en día se están estudiando mejoras en el cálculo de las PPA para medir la producción no de mercado de la atención de la salud.

8. EL SCS Y LAS CUENTAS Y ANÁLISIS SATÉLITES DE LA SALUD

- 8.1. Una de las ideas fundamentales del presente manual es que la precisión y la comparabilidad entre países de los cálculos del gasto en salud dependen de definiciones precisas de la naturaleza económica de las operaciones y agregados subyacentes. Las definiciones económicas precisas ayudan además a evitar duplicaciones en la contabilidad y a prevenir omisiones estadísticas y por tanto refuerzan la coherencia interna del marco contable utilizado. Es aquí donde la compatibilidad metodológica básica con las normas contables del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) desempeña un papel esencial. Se requiere también cierto grado de coherencia entre el marco central del SCN y el SCS para vincular las estadísticas del SCS con otros datos sociales y económicos. Sin embargo, este último aspecto no debe ser el que predomine, puesto que la comparabilidad de las propias estadísticas agregadas del SCN puede verse limitada, por ejemplo, por disparidades en la cobertura de la economía informal en los principales agregados.
- 8.2. El Sistema de Cuentas de Salud recomienda utilizar un marco económico y normas contables que sean metodológicamente compatibles con la revisión de 1993 del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN 93), en todos los casos en que resulte apropiado (véase el marco económico de las definiciones del gasto en los capítulos 5 y 6).
- 8.3. En el presente capítulo se explican las semejanzas metodológicas, pero también las principales diferencias, entre el SCS y las cuentas satélite de salud, por medio de referencias explícitas a las recomendaciones del SCN 93 sobre la elaboración de cuentas satélite de salud (véase el capítulo XXI del SCN 93). Esta presentación del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) y de sus recomendaciones técnicas por referencia explícita al SCN 93 deberá hacer aparecer más claramente los diversos elementos que tienen en común ambos marcos conceptuales. Este capítulo también vincula el SCS y las cuentas satélite de salud con el fin de proporcionar pautas a quienes elaboran las cuentas satélite nacionales.
- 8.4. Por consiguiente, el presente capítulo persigue dos objetivos. En primer lugar, contribuir a aclarar y resumir las recomendaciones del SCS sobre el grado apropiado de integración con el Sistema de Cuentas Nacionales, tanto en lo metodológico como en lo referente a una asig-

nación óptima de los recursos estadísticos en el ámbito de la salud. En segundo lugar, proporcionar referencias cruzadas explícitas a los especialistas que trabajan en las cuentas satélite de la salud en los países que han decidido utilizar este marco para calcular los distintos totales del gasto en salud. El capítulo aporta instrumentos para los investigadores interesados en el análisis satélite.

- 8.5. En resumen, no hay diferencias fundamentales entre el SCS y una cuenta satélite de salud, sino más bien algunas variantes en el orden de prioridad y la secuencia de las tareas que han de efectuarse. La principal diferencia entre el SCS y las cuentas satélite de salud es el grado de integración de los sistemas de estimación subyacentes y el conjunto de estadísticas originales en que se basan el SCS y las cuentas satélite. Los cálculos del SCS recurren ampliamente a todas las fuentes de información disponibles, para analizar la producción y la financiación de la atención de la salud, mientras que en muchos casos las cuentas satélite se centran en conciliar las tablas input-output y los agregados del marco central del SCN con los agregados del SCS. Aunque esta conciliación puede constituir un poderoso instrumento para mejorar la calidad de las estimaciones del SCN y servir también para una mejor verificación de la calidad de los cálculos del SCS, es un ejercicio que precisa muchos recursos y que solo unos cuantos países podrán emprender en un futuro cercano.

LAS CUENTAS SATÉLITE DE SALUD

- 8.6. El Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) ofrece una visión detallada y coherente de la economía en su conjunto. Sus recomendaciones sobre la clasificación de las actividades, las operaciones, los productos y las instituciones de la economía han servido de punto de partida para elaborar el marco contable del SCS siempre que se ha considerado apropiado. No obstante, se han identificado ciertas deficiencias en el marco central del SCN 93 en lo relativo a la contabilidad de salud.
- 8.7. La contabilidad de la salud precisa un desglose más detallado de las ramas de actividad de la salud y un cierto grado de flexibilidad en la aplicación de las normas del SCN. Con su concepto de cuentas satélite de orientación funcional, el SCN 93 proporciona una serie de instrumentos que permiten ampliar los conceptos fundamentales de las cuentas nacionales, para satisfacer las necesidades específicas de la contabilidad socioeconómica en determinados campos, como sería el sistema de atención de la salud de un país.
- 8.8. A fin de satisfacer estas exigencias en lo que atañe a la salud y otros campos sociales (por ejemplo, protección ambiental, educación o turismo) los autores del SCN 93 incluyeron un capítulo XXI sobre cuentas satélite de orientación funcional, donde se hace referencia frecuente a la contabilidad de la salud.

Las **cuentas o sistemas satélite** por lo general realzan la necesidad de ampliar de una manera flexible la capacidad analítica de la contabilidad nacional en determinadas áreas de interés social. En general, las cuentas o sistemas satélite permiten:

- proporcionar información adicional sobre aspectos sociales determinados de naturaleza funcional o transectorial;
- utilizar conceptos complementarios o alternativos, incluida la aplicación de clasificaciones y marcos contables complementarios y alternativos cuando sea necesario introducir nuevas dimensiones al marco conceptual de las cuentas nacionales;
- ampliar la cobertura de los costos y beneficios de las actividades humanas;
- llevar más lejos el análisis de la información mediante indicadores y agregados pertinentes;
- vincular los datos físicos con los datos expresados en términos monetarios.

Fuente: Adaptado del apartado 21.4 del SCN.

8.9. Para ampliar los conceptos fundamentales de las normas del SCN que se aplican tanto a las cuentas satélite de salud como al Sistema de Cuentas de Salud (capítulo XXI del SCN 93) es importante poder:

- descomponer los productos combinados que suministra una unidad institucional (por ejemplo, servicios sociales combinados con servicios de atención de la salud);
- separar la medicina del trabajo que no entra en el consumo final en el marco central;
- dar un tratamiento distinto a las subvenciones a los proveedores de atención de la salud que no se registran en el consumo final en el marco central;
- contabilizar la producción de los hogares de atención de larga duración que corresponde a ciertos tipos de prestaciones sociales en efectivo.

CARACTERÍSTICAS COMUNES ENTRE EL SCS Y LAS CUENTAS Y ANÁLISIS SATÉLITES DE LA SALUD

8.10. Esta sección ilustra cómo los términos del SCS pueden extrapolarse al marco que se utiliza en una cuenta satélite de salud. Dos elementos se describen con mayor detalle: la definición de bienes y servicios específicos y los límites de la producción. Los puntos restantes se han resumido en la tabla 8.1. El análisis detallado de las transferencias y la identificación de los usuarios finales y los financiadores finales del gasto en salud, que solamente se tratan de pasada en el capítulo sobre las cuentas satélite del SCN 93, se abordan en el capítulo 6 del presente manual.

Convergencias conceptuales entre el SCS y las cuentas satélite de salud

8.11. Los siguientes pasos son necesarios para traducir de una manera flexible el marco económico del SCS a los términos de una cuenta satélite de salud (véanse los apartados 21.53 y 21.54 del SCN 93):

- establecer una lista completa de los bienes y servicios que se consideran específicos de la producción de servicios de atención de la salud (característicos y conexos);
- delimitar el ámbito de la producción que se va a estudiar para medir el gasto total en salud;

- determinar las actividades para las que se registrará una formación de capital;
- determinar las operaciones específicas;
- proceder a un análisis detallado de las transferencias como parte integrante de la contabilidad de la salud;
- determinar quiénes son los usuarios finales y los financiadores finales de los gastos en salud.

Bienes y servicios específicos

- 8.12. El punto de partida del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) es la definición de los bienes y servicios cuyo consumo final constituye la función esencial del sistema de salud de un país. De forma análoga, el primer paso para diseñar una cuenta satélite de salud es definir los bienes y servicios que son específicos de la salud (véase el apartado 21.61 del SCN 93). En las recomendaciones del SCN 93, los bienes específicos se subdividen en bienes característicos y bienes conexos. Los bienes y servicios característicos son aquéllos cuya producción se estudia con cierto detalle, por lo menos mediante su clasificación cruzada con las instituciones implicadas. La inversión de capital de quienes los producen, el personal que emplean, etc., deben analizarse explícitamente. Tanto en el Sistema de Cuentas de Salud como en las cuentas satélite, estos bienes y servicios corresponden al gasto total en salud.
- 8.13. Los *bienes y servicios conexos* son aquéllos cuyas condiciones de producción no necesitan analizarse en detalle. Los pagos correspondientes podrían considerarse gasto en salud en un sentido más amplio, en que el personal empleado no se considera parte del empleo en atención de la salud, y la inversión en las unidades de producción no se considera inversión en instalaciones médicas. El rubro correspondiente en el SCS son las funciones HC.4, Servicios auxiliares de atención de la salud, y HC.5, Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios.

Límites de la producción

- 8.14. La estimación de los productos no de mercado en el Sistema de Cuentas de Salud (SCS) (rubro 1.1.2 de la tabla 8.1) se desvía ligeramente del tratamiento que se les da en el marco central del SCN. En el Sistema de Cuentas de Salud, este rubro incluye los pagos de transferencias a los hogares cuyos miembros atienden a pacientes en el domicilio (por ejemplo, ancianos de salud frágil). Estas transferencias se tratan como cuasialarios, lo que requiere calcular el correspondiente “valor de producción” e incluirlo en el gasto corriente total en salud. Los subsidios por personas dependientes son transferencias a los hogares destinadas a cubrir una porción relevante de los costos generados por las personas que padecen disfunciones graves de la movilidad o discapacidades cognoscitivas.

Resumen: cálculo del gasto total en el SCS y en las cuentas satélite de salud

- 8.15. En el Sistema de Cuentas de Salud, el consumo de bienes y servicios específicos corresponde al gasto corriente total en salud (menos la medicina del trabajo). En el SCS no es de particular interés la notificación por separado de los productos de mercado y no de mercado, por lo que no se incluye en la clasificación ICHA. Dicha distinción se requiere principalmente para las estimaciones.

Tabla 8.1. El gasto en salud en las cuentas satélite de salud y en el SCS

	Marco de los componentes en las cuentas satélite (Tabla 21.1 del SCN 93)	Componentes del gasto en el Sistema de Cuentas de Salud (SCS)
1	Consumo de bienes y servicios específicos	Gasto corriente total en salud (menos medicina del trabajo)
1.1	Consumo final efectivo	
1.1.1	Productos de mercado	Producción de mercado de bienes y servicios médicos
1.1.2	Productos no de mercado	Producción no de mercado de las admin públ. y las ISFLSH; producción de los hogares (cuantificada en pagos de transferencias)
1.2	Consumo intermedio	Medicina del trabajo
1.2.1	Consumo intermedio efectivo	(no se aplica al SCS)
1.2.2	Consumo intermedio interno	Medicina del trabajo
2	Formación de cap. en bienes y servicios específicos	(inversión en capital humano: estado de salud como variable de stock) (no figura en el SCS)
3	Formación de capital de las activ. características en productos no específicos	Inversión en instalaciones médicas
	Suma de las partidas 1 a 3	Gasto total en salud
4	Transferencias corrientes específicas (distintas a contrapartida de 1)	Pagos de transferencias ligadas a la salud (mantenimiento de la renta mediante prestaciones en especie a los hogares)
	Empleos totales de las unidades residentes	Gasto total en salud, incluidas las transferencias a los hogares ligadas a la salud (figura en las tablas de los flujos de financiación)
6	Empleos corrientes de las unidades residentes financiados por el resto del mundo (-)	
7	Empleos de capital de las unidades residentes financiados por el resto del mundo (-)	(no figura en el SCS)
	Gasto nacional en salud	(sin contrapartida en el SCS)

DIFERENCIAS ENTRE EL SCS Y EL ANÁLISIS Y LAS CUENTAS SATÉLITES DE LA SALUD

8.16. Las cuentas satélite parten de la definición de los bienes y servicios característicos del ámbito de estudio definido funcionalmente, investigan la producción de estos bienes tanto en las ramas de actividad características como en las de otro tipo, e identifican a los beneficiarios y las fuentes de financiación finales. Las clasificaciones existentes de los productos, las ramas de actividad y los sectores de la economía nacional se toman como punto de partida en este proceso y se utilizan cuando resulta pertinente. Pero también es posible modificar las clasificaciones normalizadas utilizadas en el SCN 93, y cambiar la definición de los límites de la producción para hacer de las cuentas satélite un instrumento estadístico más flexible.

Diferencias entre los sistemas de información de base del SCS y las cuentas nacionales

- 8.17. Las cuentas del SCS siguen la misma secuencia descrita anteriormente. Sin embargo, la situación existente en la contabilidad de la salud es considerablemente distinta de la que puede hallarse en los sistemas existentes o desarrollados actualmente de cuentas satélite, en ámbitos como el medio ambiente, el turismo y la agricultura, por dos razones principales:
- La definición de las categorías básicas de productos y funciones de salud es en gran medida inexistente. Por ejemplo, en la Clasificación Central de Productos, que se utiliza como punto de partida en otros sistemas contables, los servicios de salud se definen únicamente en términos generales referidos a las ramas de actividad proveedoras de servicios de salud. Ahora bien, dado que la división del factor trabajo entre las diversas ramas de actividad proveedoras de atención de la salud varía entre países, es muy difícil utilizar estas definiciones en gran parte circulares para determinar funciones que puedan prestarse a comparaciones internacionales.
 - Como la atención de la salud es predominantemente una responsabilidad pública en los países de la OCDE, las cuentas de salud han dependido por lo general de datos administrativos, sin que se dediquen recursos estadísticos suficientes a la tarea de diseñar encuestas adecuadas para establecer cuentas económicas normalizadas. No hace mucho tiempo que la investigación sobre los servicios y los proveedores de atención de la salud, así como sobre la dimensión socioeconómica de la salud, moviliza una financiación creciente en un número cada vez mayor de países de la OCDE.

¿ES PRIORITARIO MEJORAR LAS ESTADÍSTICAS DE PRODUCCIÓN PARA PERFECCIONAR LAS ESTADÍSTICAS DE SALUD?

- 8.18. Para abordar la insuficiencia de los recursos estadísticos en el área de investigación de los servicios de salud, el presente manual sugiere centrarse en el diseño de una concepción funcional claramente definida de la atención de la salud, para complementar los enfoques tradicionales que se centraban predominantemente en aspectos institucionales. Al mejorar las estadísticas sobre la atención de la salud de esta manera, se fortalecerá la base estadística necesaria para la investigación sobre los servicios de salud, tanto en términos económicos como en lo que se refiere a investigar la organización de la atención, los recursos disponibles y su utilización, en términos monetarios y no monetarios.
- 8.19. Tras dar este primer paso y desarrollar, probar y aplicar las clasificaciones correspondientes en forma de proyectos piloto en varios países, algunos de ellos quizá desearán elaborar un sistema satélite completo de cuentas de salud. Junto con los índices de precios para el valor añadido, que ya se calculan en distintos países de la OCDE, podrían elaborarse medidas de producción y hacer su seguimiento a través del tiempo (el valor agregado real per cápita; valor agregado real por equivalentes a tiempo completo del personal empleado en el sector de la salud, etc.). La ampliación del SCS en forma de una cuenta satélite de salud podría ser un instrumento deseable para la política sanitaria y el análisis económico estructural en una perspectiva a medio plazo. No obstante, dada la heterogeneidad de las ramas de actividad proveedoras, puede ser muy complicado obtener una visión completa de la estructura del valor agregado de la producción de atención de la salud.

- 8.20. Las cuatro cuentas complementarias siguientes ampliarían el SCS, adaptándolo al marco de una contabilidad y un análisis satélites de la salud (véase también la sección siguiente):
- cuenta de producción y valor agregado por rama de actividad de la atención de la salud;
 - insumos intermedios de la producción de las ramas de actividad de atención de la salud por tipo de insumo;
 - stock de capital bruto de las ramas de actividad de atención de la salud;
 - tabla input-output de las ramas de actividad de atención de la salud.

Modelo económico de los recursos y los empleos en la atención de la salud

- 8.21. Para las cuentas satélite de salud, las actividades de producción de la economía pueden dividirse en tres tipos: ramas de actividad proveedoras de atención de la salud, otras ramas de actividad del sector médico y las demás ramas de actividad. Las principales actividades de las otras ramas de actividad del sector médico son la producción de bienes y servicios para consumo intermedio y formación de capital en el sistema de atención de la salud, o para la exportación. Parte del consumo final de bienes y servicios de atención de la salud y parte de los productos intermedios y la formación bruta de capital son, a su vez, importados. El gasto en bienes y servicios de salud comprende tanto las compras como el consumo final propio. El consumo final propio es la producción no de mercado de las administraciones públicas y las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares. Las tablas 8.2 y 8.3 reflejan el modelo input-output satélite esbozado en el SCN 93 (tabla 21.5) en una extensión del SCS que cubre la producción.
- 8.22. La tabla 8.3 combina los aspectos de producción y empleo del sistema de atención de la salud dentro del marco de la economía nacional total. Esta tabla de recursos y empleos muestra la heterogeneidad del proceso de producción en las ramas de actividad del sector médico y la interacción de las dimensiones institucional, funcional y de financiación de las cuentas de salud en el cálculo del gasto total en salud.
- 8.23. Los bienes y servicios médicos son producidos tanto por el sistema de atención de la salud (es decir, las ramas de actividad de servicios de salud definidas institucionalmente), como por el resto de la economía. Las unidades de producción (instituciones) del sistema de salud son aquellas cuya principal actividad económica es la producción de bienes y servicios de salud para uso final (como parte del consumo privado o de las administraciones públicas). Parte de la producción total del sistema de salud se exporta.
- 8.24. Sin embargo, una pequeña parte de la producción de las ramas de actividad de servicios de salud puede consistir en productos intermedios o productos que no están destinados a la atención de la salud. Al calcular el gasto total en salud, la producción bruta total del sistema de salud será ligeramente distinta de la suma del consumo final en salud. Por ejemplo, además de brindar atención de la salud, los hospitales docentes realizan I+D y participan en la formación del personal sanitario. Asimismo, los médicos que ejercen en consultorios privados trabajan también a veces a tiempo parcial en hospitales o para colegas asalariados, en cuyo caso se debe evitar la doble contabilidad. Además, algunos médicos asalariados pueden trabajar también a tiempo parcial en el sector farmacéutico, editorial u otros sectores, servicios que no entran en las funciones de atención de la salud del SCS. Por añadidura, una pequeña fracción del gasto

en salud comprende las ventas de los proveedores cuya principal actividad económica no corresponde al ámbito de la salud. Un ejemplo son las ventas de productos médicos realizadas por minoristas no especializados en este tipo de artículos.

- 8.25. El modelo de las tablas 8.2 y 8.3 es solo ilustrativo. Como ya se ha mencionado, la matriz input-output de estas dos tablas no se considera una labor prioritaria en el marco del SCS. No obstante, la estructura de estas tablas aporta sugerencias sobre cómo verificar la coherencia de las estadísticas sobre los flujos del gasto en bienes y servicios, obtenidas de distintas fuentes (encuestas a las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud, encuestas sobre gasto, cuentas de seguros sociales y de autoridades públicas, encuestas sobre inversiones, estadísticas de comercio exterior). Dentro de este marco, sería posible proceder a comprobaciones cruzadas del gasto en salud, comparando las estimaciones calculadas por separado de los recursos y los empleos, previa deducción del consumo intermedio y la producción no relacionada con la salud de la producción bruta total. Es posible que los flujos entre las ramas de actividad proveedoras de servicios médicos sean mínimos y que la mayor parte de la producción vaya hacia el consumo final.
- 8.26. El cálculo del valor agregado bruto y de sus componentes, junto con la estimación del factor insumo (horas trabajadas, cantidad y estructura del capital), permitirían comprobaciones cruzadas adicionales y una mayor comprensión de la estructura de los costos de la producción de atención de la salud. Estas tablas adicionales aportarían los últimos elementos de una cuenta satélite de salud completa.

Tabla 8.2. Tabla de recursos y empleos del SCS (parte 1)

Recursos	Oferta total, precios de adquisición	Impuestos sobre los prod. menos subvenc. a los productos*	Proveedores de bienes y servicios de atención de la salud			Economía total	Importaciones de bienes y servicios de atención de la salud
			Total	Productores principales	Productores secundarios		
Oferta de bienes y servicios			Producción				
Bienes y servicios de atención de la salud por función							
HC.1 Servicios de asistencia curativa							
HC.2 Servicios de rehabilitación							
HC.3 Servicios de atención de larga duración							
HC.4 Servicios auxiliares de atención de la salud							
HC.5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios							
Oferta total de atención de la salud individual							
HC.6 Servicios de prevención y de salud pública							
HC.7 Administración de la salud y los seguros médicos							
Oferta total de bienes y servicios de atención de la salud							
Otros productos							
Total							

(*): Incluidos los márgenes comerciales y de transporte, que constituyen una fracción desdoblable de los bienes y servicios de salud para uso final.

Tabla 8.3. Tabla input-output del SCS (parte 2)

Recursos	Empleos totales, precios adquis.	Impuestos sobre prod. menos subvenc. a productos*	Proveedores de bienes y servicios de atención de la salud				Economía total	Exportaciones de bienes y servicios de atención de la salud	Form. bruta de cap.
			Productores principales	Productores secundarios	Medicina del trabajo	Hogares (atención en el domicilio)			
Empleos de bienes y servicios:									
Bienes y servicios de atención de la salud por función									
HC.1 Servicios de asistencia curativa									
HC.2 Servicios de rehabilitación									
HC.3 Servicios de atención de larga duración									
HC.4 Servicios auxiliares de atención de la salud									
HC.5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios									
Atención de la salud individual total									
HC.6 Servicios de prevención y de salud pública									
HC.7 Administración de la salud y los seguros médicos									
Bienes y servicios de atención de la salud totales									
Otros productos									
<i>Total</i>									
<i>Valor añadido bruto total/PIB</i>									
Remuneración de los asalariados									
Impuestos sobre los productos									
Otros impuestos sobre la producción									
Subvenciones a los productos									
Otras subvenciones a la producción									
Excedente de explotación neto									
Renta mixta neta									
Consumo de capital fijo									
Excedente de explotación bruto									
Renta mixta bruta									
<i>Total</i>									
Insumos de factor trabajo									
Formación bruta de capital fijo									
Stock de activos fijos netos									

(*) Incluidos los márgenes comerciales y de transporte, que constituyen una fracción desdoblable de los bienes y servicios de salud para uso final.

PARTE II

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CUENTAS DE SALUD (ICHA)

9. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD (ICHA-HC)

RESUMEN

- 9.1. En el presente capítulo se amplía a los niveles de dos y tres dígitos (tabla 9.1) la clasificación funcional que se presentó al nivel de un dígito en el capítulo 3 y se complementa con notas explicativas. No obstante, el desglose detallado de funciones de atención de la salud a niveles de tres o más dígitos es todavía experimental (véanse también los parámetros adicionales de clasificación para diversas funciones de atención individual recomendados en las tablas 3.2 y 3.3 del capítulo 3).
- 9.2. En el anexo 9.1 del presente capítulo se analizan algunos problemas de los límites de la atención de la salud. En el anexo 9.2 se muestran clasificaciones cruzadas de la ICHA-HC y las clasificaciones funcionales del Sistema de Cuentas Nacionales, con el fin de promover la conciliación de las cuentas de salud con las de dicho sistema y sus clasificaciones. En el anexo 9.3 se ofrece la clasificación cruzada de las funciones de salud pública de la ICHA-HC.

FUNCIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL

- 9.3. Las funciones de atención de la salud individual abarcan de HC.1 a HC.5. Se trata de bienes y servicios que pueden adjudicarse directamente a individuos, a diferencia de los que se proporcionan a la sociedad en general (HC.6, Servicios de prevención y de salud pública y HC.7, Administración de la salud y los seguros médicos). Las funciones de atención de la salud individual se clasifican por *función básica de atención* (asistencia curativa, rehabilitación y atención de larga duración) y por *modalidad de producción* (hospitalaria, hospitalización de día, ambulatoria, domiciliaria).

Asistencia curativa, rehabilitación y atención de larga duración

- 9.4. El criterio básico para clasificar los servicios de atención de la salud es el *tipo de atención* proporcionada (asistencia curativa, rehabilitación y atención de larga duración). Se han utilizado como

modelos las definiciones propuestas por el Australian Health Data Committee y por la US Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations.

Modalidades de producción

- 9.5. Las siguientes definiciones de *modalidades de producción* se utilizan en toda la clasificación ICHA-HC para establecer a nivel de dos dígitos las categorías de atención individual de la salud.

Atención hospitalaria

- 9.6. La atención hospitalaria es la que se presta a pacientes hospitalizados para recibir tratamiento o asistencia y que pasan por lo menos una noche en un hospital u otra institución que proporcione este tipo de atención. La atención hospitalaria se brinda principalmente en hospitales, pero en parte también en asilos y residencias o en establecimientos que, a pesar de clasificarse por su enfoque dentro de la rama de atención ambulatoria, prestan atención hospitalaria como actividad secundaria. Cabe señalar que en el SCS la expresión “atención hospitalaria” tiene un significado más amplio que en algunos sistemas de notificación nacionales, donde se aplica únicamente a la atención hospitalaria en hospitales. Quedan incluidos los servicios a pacientes ingresados en hospitales penitenciarios y militares, hospitales para tuberculosos y sanatorios. La atención hospitalaria incluye el alojamiento que se proporciona junto con el tratamiento médico, cuando este último constituye la actividad predominante que se brinda durante la hospitalización.
- 9.7. El servicio de alojamiento proporcionado a los pacientes y sus familiares se considera parte integrante de la atención hospitalaria. La función de hospedaje de la atención hospitalaria es evidente cuando se traslada a los pacientes a servicios de postagudos del hospital, donde se brinda atención menos intensiva, pero que funcionalmente están integrados en la atención hospitalaria.
- 9.8. La estancia en “secciones de cura” forma parte de la terapia y debe registrarse en el gasto total en salud. Incluye el alojamiento de familiares cuya presencia es parte indispensable del tratamiento; por ejemplo, en el caso de niños sometidos a tratamientos agresivos; especialmente, los que se brindan en hospitales altamente especializados muy lejanos del lugar de residencia del paciente. En el caso de los países en vías de desarrollo, debe incluirse en este rubro el costo imputado o real de los servicios prestados por los familiares dentro del hospital; por ejemplo, cocina, atención básica o limpieza.
- 9.9. Por otra parte, el alojamiento en instituciones que proporcionan servicios sociales, donde la atención de la salud es un componente importante pero no predominante, no debe incluirse entre las funciones de salud. Son ejemplos de ello instituciones del tipo de los asilos para discapacitados o ancianos y la atención residencial a toxicómanos.

Hospitalización de día

- 9.10. La hospitalización de día comprende los servicios médicos y paramédicos que se brindan a pacientes que ingresan oficialmente para recibir diagnóstico, tratamiento u otro tipo de atenciones, con la intención de darlos de alta el mismo día. La atención que se brinda a un paciente que ingresa inicialmente para hospitalización de día y después pasa la noche en el servicio se clasifica como una estancia nocturna u otro caso de atención hospitalaria. Los servicios a pacientes no ingresados que se amplían a un ingreso oficial en hospitalización de día se clasifican como hospitalización de día. Por lo general, los pacientes “de día” son ingresados y dados de alta el mismo día de su ingreso, tras haber permanecido entre tres y ocho horas en el servicio. Normalmente, la hospitalización de día se presta en instituciones o secciones hospitalarias especializadas en este tipo de servicio (por ejemplo, cirugía electiva).

Atención ambulatoria

- 9.11. Este rubro incluye los servicios médicos y paramédicos prestados a pacientes ambulatorios. Los pacientes ambulatorios no ingresan formalmente en el establecimiento (consultorio médico, servicio de consulta externa de un hospital o centro de atención ambulatoria) y no permanecen durante la noche. Por tanto, se denomina paciente ambulatorio a toda persona que acude a un establecimiento de salud para consulta o tratamiento y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta, sin ser “ingresada” como paciente en el establecimiento. Cabe señalar que el término “ambulatorio” utilizado en el SCS tiene un significado más amplio que en los sistemas de información de algunos países, donde la palabra se reserva para la atención en consulta externa en los hospitales. En el SCS se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención ambulatoria que no conlleven la hospitalización de día o con estancia nocturna.

Atención domiciliaria

- 9.12. Este rubro abarca los servicios médicos y paramédicos que se prestan al paciente en su domicilio. Excluye el consumo de productos médicos (productos farmacéuticos y otros productos médicos) dispensados a los pacientes externos como parte del consumo privado de los hogares. Incluye la atención obstétrica domiciliaria, la diálisis domiciliaria y los servicios telemáticos y similares.

Tabla 9.1. **Clasificación de las funciones de atención de la salud (ICHA-HC): nivel de tres dígitos**

Código ICHA	Funciones de atención de la salud
HC.1	Servicios de asistencia curativa
HC.1.1	Asistencia curativa hospitalaria
HC.1.2	Asistencia curativa en hospitalización de día
HC.1.3	Asistencia curativa ambulatoria
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria
HC.1.3.3	Los demás servicios de asistencia especializada
HC.1.3.9	Los demás servicios de asistencia ambulatoria
HC.1.4	Servicios de asistencia curativa domiciliaria
HC.2	Servicios de rehabilitación
HC.2.1	Rehabilitación hospitalaria
HC.2.2	Rehabilitación en hospitalización de día
HC.2.3	Rehabilitación ambulatoria
HC.2.4	Servicios de rehabilitación domiciliaria
HC.3	Servicios de atención de larga duración
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Imaginología diagnóstica
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
HC.4.9	Los demás servicios auxiliares
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos
HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre
HC.5.1.3	Otros productos médicos perecederos
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no perecederos
HC.5.2.1	Lentes y otros productos ópticos
HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis
HC.5.2.3	Ayudas auditivas
HC.5.2.4	Dispositivos médicos técnicos, incluidas las sillas de ruedas
HC.5.2.9	Los demás productos médicos no perecederos
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública
HC.6.1	Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas
HC.6.2	Servicios de medicina escolar
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles
HC.6.5	Medicina del trabajo
HC.6.9	Los demás servicios de salud pública

Tabla 9.1. **Clasificación de las funciones de atención de la salud (ICHA-HC): nivel de tres dígitos (cont.)**

Código ICHA	Funciones de atención de la salud
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos
HC.7.1	Administración de la salud por las administraciones públicas
HC.7.1.1	Administración de la salud por las administraciones públicas (excepto seguridad social)
HC.7.1.2	Actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados
HC.7.2.1	Administración de la salud y los seguros médicos: seguros sociales
HC.7.2.2	Administración de la salud y los seguros médicos: otros organismos privados
Código ICHA	Funciones relacionadas con la salud
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud
HC.R.2	Formación del personal sanitario
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud
HC.R.4	Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable
HC.R.5	Salud ambiental
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo

NOTAS EXPLICATIVAS DE LA CLASIFICACIÓN DE FUNCIONES (ICHA-HC)

HC.1 Servicios de asistencia curativa

Este rubro incluye los servicios médicos y paramédicos prestados durante un episodio de asistencia curativa. Se denomina episodio de asistencia curativa a la atención en que la intención médica principal es aliviar síntomas de una enfermedad o lesión, reducir la gravedad de una enfermedad o lesión, o impedir que se agrave o complique una enfermedad o lesión que podrían poner en peligro la vida o el funcionamiento normal del organismo.

Incluye: servicios de obstetricia; curación de enfermedades o tratamientos definitivos de lesiones; intervenciones quirúrgicas; procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Excluye: asistencia paliativa.

HC.1.1 Asistencia curativa hospitalaria

La asistencia curativa hospitalaria consiste en servicios médicos y paramédicos que se brindan a pacientes internos durante un episodio de asistencia curativa a un paciente ingresado.

Incluye: estancias de una noche. En las *estancias de una noche*, el paciente ingresado abandona el hospital u otra institución al día siguiente de su ingreso, pero normalmente no menos de doce horas después de ocurrido.

Nota: El SCS sugiere hacer una desagregación adicional por grupos de la CIE y grupos de diagnóstico relacionados (GDR), cuando se disponga de datos (véase la tabla 3.3 del capítulo 3).

HC.1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día

La asistencia curativa en hospitalización de día consiste en servicios médicos y paramédicos que se

brindan a pacientes de día durante un episodio de asistencia curativa, como cirugía ambulatoria, diálisis y cuidados oncológicos.

Incluye: cirugía ambulatoria en hospitalización de día, es decir, toda terapia invasiva no urgente que se aplica bajo anestesia general o local a pacientes hospitalizados de día cuyas etapas de seguimiento postoperatorio y convalecencia no requieren estancia nocturna como paciente ingresado.

Nota: En el caso de los países en que se utiliza la codificación CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades, Rev. 9, Modificación Clínica), los procedimientos quirúrgicos se definen mediante los códigos 01 a 86. Los procedimientos de cirugía ambulatoria constituyen una subclase de cirugía que puede realizarse en asistencia ambulatoria.

HC.1.3 Asistencia curativa ambulatoria

Los servicios de asistencia curativa ambulatoria comprenden los servicios médicos y paramédicos brindados a pacientes ambulatorios durante un episodio de asistencia curativa. La atención sanitaria ambulatoria comprende, principalmente, los servicios que brindan a pacientes externos médicos de establecimientos de la rama de actividad de los servicios de atención ambulatoria. Los pacientes ambulatorios también pueden ser atendidos en establecimientos de la rama de actividad hospitalaria, por ejemplo, en secciones especializadas para pacientes ambulatorios o en instalaciones públicas u otras instalaciones de atención integrada.

HC.1.3.1 Servicios médicos y diagnósticos básicos

Este rubro comprende los servicios de diagnóstico y terapia médica que son elementos comunes de la mayoría de contactos entre médicos y pacientes ambulatorios. Incluyen exámenes ordinarios, valoraciones médicas, prescripción de productos farmacéuticos, recomendaciones corrientes al paciente, prescripción de regímenes dietéticos, inyecciones y vacunaciones (solo si no

están cubiertas por programas preventivos de salud pública). Estos servicios pueden formar parte de un primer contacto o consulta médica, o de consultas de seguimiento. Por lo general, los procedimientos administrativos ordinarios, como rellenar y actualizar los expedientes de los pacientes, son parte integrante de los servicios médicos básicos.

Excluye: las visitas domiciliarias de médicos generalistas y médicos de atención primaria; los servicios paramédicos prescritos por médicos y ejecutados bajo su propia responsabilidad por profesionales paramédicos, bien en su consulta particular, bien en una estructura que funcione en contacto con médicos o en consultas de grupo.

Nota: La mayoría de los rubros de la sección 5 (procedimientos terapéuticos) y muchos de los de la sección 8 (servicios clínicos y administrativos) de la Clasificación Internacional de Procesos en Atención Primaria (CIPAP) entran en esta categoría (véase CIPAP, 1986). Excepciones a esta regla son la fisioterapia (CIPAP, 55), los procedimientos relativos al aparato reproductivo y urinario (56), los procedimientos obstétricos (57) y el asesoramiento y evaluación psicológica y la educación para la salud (82, 84).

Los servicios médicos básicos difieren de los especializados en que generalmente pueden prestarse sin utilizar material médico sofisticado. Cuando los registros médicos no permitan desglosar las actividades de los médicos en las categorías previstas en HC.1.3, deberá recurrirse a una separación de los servicios con arreglo a la profesión del prestador, como primera aproximación.

HC.1.3.2 Asistencia odontológica ambulatoria

Este rubro comprende los servicios médicos dentales (incluidas las prótesis dentales) prestados por médicos a pacientes ambulatorios. Incluye la gama completa de servicios prestados normalmente por médicos especialistas en asisten-

cia odontológica en un contexto ambulatorio, como extracción de dientes y ajuste de prótesis e implantes dentales.

Nota: En el SCS, las prótesis dentales se tratan como productos intermedios de la producción de servicios dentales y, por tanto, siempre se incluyen dentro del gasto en asistencia odontológica.

HC.1.3.3 Los demás servicios de asistencia especializada

Este rubro comprende todos los servicios especializados prestados por médicos a pacientes ambulatorios que no sean servicios médicos y diagnósticos básicos ni asistencia odontológica. Incluye la asistencia psiquiátrica, la asistencia a toxicómanos y la cirugía ambulatoria.

HC.1.3.9 Los demás servicios de asistencia ambulatoria

Este rubro comprende todos los demás servicios médicos y paramédicos diversos brindados por personal médico o paramédico a pacientes ambulatorios. Quedan incluidos los servicios prestados por profesionales paramédicos, como quiroprácticos, terapias ocupacionales y audiólogos. Incluye también la asistencia psiquiátrica y la asistencia a toxicómanos por personal paramédico y la logopedia. Este rubro incluye los servicios paramédicos de salud tradicionales.

Incluye: fisioterapia diagnóstica, ejercicios de fisioterapia y otros procedimientos terapéuticos, como hidroterapia y terapia térmica; asistencia ortésica y protética; cuidado de lesiones; tratamientos osteopáticos; logopedia; formación y rehabilitación médicas para invidentes.

HC.1.4 Servicios de asistencia curativa domiciliaria

Este rubro abarca todos los servicios curativos médicos y paramédicos que se prestan al paciente en su domicilio.

Nota: Esto incluye todas las visitas domiciliarias realizadas para brindar asistencia curativa, incluidos los procedimientos diagnósticos a cargo de médicos generalistas; servicios especializados, como diálisis domiciliaria; servicios de obstetricia; servicios telemáticos. Cuando la asistencia curativa domiciliaria se presta en combinación con servicios sociales como limpieza o comida, dichos servicios deberán registrarse por separado, ya que no forman parte del gasto en salud según la definición del Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

HC.2 Servicios de rehabilitación

Este rubro incluye los servicios médicos y paramédicos prestados a los pacientes durante una sesión de rehabilitación. La rehabilitación comprende servicios cuya finalidad principal consiste en mejorar los niveles funcionales de sus destinatarios, que padecen limitaciones funcionales causadas por una enfermedad o lesión reciente o de carácter recurrente (regresión o progresión). Están incluidos los servicios prestados a personas tratadas por una enfermedad o discapacidad originada en el pasado y que no han sido sometidas a rehabilitación previamente.

Nota: La rehabilitación suele ser más intensiva que la atención de larga duración tradicional y menos que la asistencia a agudos (curativa). Requiere evaluaciones frecuentes (diarias a semanales) del paciente y la revisión de la situación clínica y un programa de tratamiento por un período limitado (de días a varios meses), hasta que la condición se estabiliza o se completa una fase predeterminada de tratamiento.

HC.2.1 Rehabilitación hospitalaria

Este rubro incluye los servicios médicos y paramédicos prestados durante una sesión de rehabilitación a pacientes hospitalizados.

HC.2.2 Rehabilitación en hospitalización de día

Este rubro incluye los servicios médicos y paramédicos prestados durante una sesión de rehabilitación a pacientes en hospitalización de día.

HC.2.3 Rehabilitación ambulatoria

Este rubro incluye los servicios médicos y paramédicos prestados durante una sesión de rehabilitación a pacientes ambulatorios.

HC.2.4 Servicios de rehabilitación domiciliaria

Este rubro incluye los servicios médicos y paramédicos prestados a los pacientes a domicilio durante una sesión de rehabilitación.

HC.3 Servicios de atención de larga duración

Los servicios de atención de larga duración comprenden la atención de la salud y los servicios de enfermería a pacientes internados que precisan asistencia continua a causa de impedimentos crónicos y pérdida de la independencia en las actividades de la vida diaria. La atención hospitalaria de larga duración se brinda en instituciones o en establecimientos públicos. La atención de larga duración es generalmente una combinación de servicios médicos (incluidos los de enfermería) y sociales. En el SCS, solo los primeros se registran como gastos en salud.

HC.3.1 Atención de larga duración hospitalaria

Este rubro comprende la atención de larga duración a pacientes internados que precisan asistencia continua a causa de impedimentos crónicos y pérdida de la independencia en las actividades de la vida diaria. La atención hospitalaria de larga duración se brinda en instituciones o en establecimientos públicos. La aten-

ción de larga duración es generalmente una combinación de servicios médicos y sociales. En el SCS solo se registran los servicios de atención de la salud, como servicios de atención de la salud individual.

Incluye: atención de la salud de larga duración a pacientes ancianos dependientes. Esto incluye el internamiento temporal y los servicios prestados en residencias de la tercera edad por personal capacitado, cuando la atención médica es un componente importante. Este tipo de servicios puede suministrarse en combinación con servicios sociales, que deben registrarse, sin embargo, por separado, ya que no forman parte del gasto en salud en el SCS.

Queda incluida la asistencia paliativa (médica, paramédica y de enfermería para enfermos terminales, incluido el apoyo a los familiares). Por lo general, la asistencia paliativa se presta en hospicios o instituciones especializadas similares.

Queda incluida también la atención de larga duración hospitalaria para enfermos mentales y tóxicomanos, cuando la atención es necesaria por trastornos psiquiátricos recurrentes o crónicos, definidos en la lista de la CIE-9-MC, código 94.

HC.3.2 Atención de larga duración en hospitalización de día

Este rubro comprende la atención en hospitalización de día a pacientes que precisan asistencia continua a causa de impedimentos crónicos y pérdida de la independencia en las actividades de la vida diaria. La atención de larga duración en hospitalización de día se presta en instituciones o en establecimientos públicos.

Incluye: atención de larga duración en hospitalización de día a pacientes ancianos dependientes.

HC.3.3 Atención de larga duración domiciliaria

Este rubro comprende la atención médica y paramédica (de enfermería) domiciliaria a pacientes que precisan asistencia continua a causa de impedimentos crónicos y pérdida de la independencia en las actividades de la vida diaria. Este tipo de atención domiciliaria puede incluir servicios sociales como la limpieza y la comida, que, sin embargo, deberán registrarse por separado porque no forman parte del gasto en salud.

HC.4 Servicios auxiliares de atención de la salud

Este rubro abarca toda una gama de servicios que presta principalmente personal técnico médico o paramédico, bajo la supervisión directa de un médico o sin dicha supervisión; por ejemplo, análisis de laboratorio, imaginología diagnóstica y transporte de pacientes.

HC.4.1 Laboratorio clínico

Este rubro cubre los siguientes servicios: análisis químicos y físicos de orina, análisis de sangre, perfiles automatizados de análisis de sangre, hematología, inmunología, heces, cultivos microbiológicos, exámenes microscópicos, citología especializada y patología de tejidos, y todas las demás pruebas de laboratorio.

Nota: Esta lista se basa en acuerdos logrados para la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP) y la Clasificación Internacional de Procesos en Atención Primaria (CIPAP), y comprende las categorías de pruebas clínicas y patológicas según se enumeran en la CIPAP (CIPAP, 1986, sección 2). La CIE-9-MC aporta una lista alternativa MC: 90 Exámenes microscópicos I, 91 Exámenes microscópicos II.

HC.4.2 Imaginología diagnóstica

Este rubro abarca todos los servicios de imaginología diagnóstica prestados a pacientes ambulatorios.

Nota: La imaginología diagnóstica comprende los siguientes rubros, descritos en los procedimientos de la CIE-9-CM: 87 Radiología diagnóstica, 88 Radiología diagnóstica y técnicas conexas. Las subclasificaciones dadas en la CIPAP (CIAPAP, 1986, sección 3) son: radiografía ósea convencional; imaginología simple de tejidos blandos (excepto gammagrafía, resonancia magnética nuclear y ultrasonografía); radiografía de contraste simple o imágenes fotográficas; tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear; gammagrafía; ultrasonografía diagnóstica; todos los demás procedimientos de imaginología diagnóstica (arteriografía con contraste, angiocardiógrafía, flebografía, termografía, densitometría ósea).

HC.4.3 Transporte de pacientes y rescate de emergencia

Este rubro comprende el transporte en vehículos terrestres especialmente equipados o ambulancias aéreas, desde y hacia un establecimiento sanitario, con el propósito de recibir atención médica o quirúrgica. Incluye también el transporte en vehículos convencionales, como taxis, cuando este recurso está autorizado y se reembolsan los costos al paciente (por ejemplo, en el caso de pacientes de diálisis renal o quimioterapia).

Incluye: Los servicios de transporte de emergencia efectuados por servicios de bomberos o militares que prestan regularmente servicios de emergencia a civiles (no solo en casos de catástrofe).

HC.4.9 Los demás servicios auxiliares

Este rubro comprende todos los demás servicios auxiliares de atención de la salud.

HC.5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios

Este rubro abarca todos los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y los servicios conexos, tales como ventas al detalle, instalación, mantenimiento, y alquiler de productos y aparatos médicos. Quedan incluidos los servicios de las farmacias públicas, ópticas, tiendas de productos de higiene y otros minoristas especializados o no, incluidas la venta por correo y la televenta.

Nota: Los grupos de productos cubiertos por este rubro son, esencialmente, los enumerados en la Clasificación del Consumo Individual por Finalidades (CCIF, United Nations, 1998b) en el grupo 06.1, Productos, artefactos y equipo médicos (véase el anexo A.6 del presente manual).

Este grupo incluye medicamentos, prótesis, artefactos y equipo médicos y otros productos relacionados con la salud adquiridos por personas u hogares, con o sin receta, usualmente de químicos, farmacéuticos o proveedores de equipo médico. Se consumen o usan fuera de una instalación o institución sanitaria.

Dado que la CCIF es una clasificación unidimensional no diseñada a los efectos de las cuentas de salud, la ICHA-HC propuesta se basa en un reagrupamiento diferente. El alquiler y la reparación de dispositivos y equipos terapéuticos se registran en las categorías correspondientes de productos. También se incluyen el servicio de entrega de productos médicos, el ajuste de prótesis, y servicios como exámenes de la vista, en los casos en que estos servicios son prestados por minoristas especialmente capacitados y no por profesionales médicos.

Con arreglo a las recomendaciones de la CCIF, quedan *excluidos* los siguientes elementos: gafas protectoras, fajas y otros dispositivos para la práctica deportiva; productos veterinarios; gafas de sol

no provistas de lentes correctores; jabones medicinales. La CCIF clasifica como perecederos todos los productos médicos antes enumerados, mientras que en algunas Cuentas Nacionales de Salud se distingue entre los productos médicos no perecederos y los productos fungibles o desechables.

Excluye: productos farmacéuticos, prótesis y otros productos médicos o relacionados con la salud que se proporcionan a pacientes internados y pacientes de hospitalización de día, o productos que se entregan a pacientes ambulatorios como parte del tratamiento dispensado en los establecimientos de atención ambulatoria.

HC.5.1 Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos

Este rubro comprende los productos farmacéuticos, como los preparados medicinales, los medicamentos de marca y genéricos, las especialidades farmacéuticas, los sueros y vacunas, las vitaminas y minerales y los anticonceptivos orales.

HC.5.1.1 Medicamentos de prescripción

Los medicamentos de prescripción son los que se venden solo a clientes que presentan una receta médica, independientemente de que el costo sea cubierto por financiación pública o privada, e incluyen los productos de marca registrada y genéricos. En el SCS se incluye el precio completo, con un desglose de los costos compartidos.

HC.5.1.2 Medicamentos de venta libre

Los medicamentos de venta libre se clasifican como gasto farmacéutico de los hogares en medicamentos que no requieren prescripción.

Nota: Los medicamentos que se venden sin receta se denominan a menudo de venta libre. Pueden estar incluidos en recetas médicas, pero no son reembolsables.

HC.5.1.3 Otros productos médicos percederos

Este rubro comprende una amplia variedad de productos médicos percederos, como vendas, medias elásticas, artículos para la incontinencia, preservativos y otros dispositivos anticonceptivos.

HC.5.2 Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos no percederos

Este rubro comprende una amplia variedad de productos médicos no percederos, tales como lentes, ayudas auditivas y otros dispositivos médicos.

HC.5.2.1 Lentes y otros productos ópticos
Este rubro comprende los lentes correctivos y los lentes de contacto, así como los productos de limpieza correspondientes. También están incluidos los ajustes realizados por los optómetras.

HC.5.2.2 Aparatos ortopédicos y otras prótesis

Este rubro incluye los aparatos ortopédicos y otras prótesis, esto es, zapatos ortopédicos, miembros artificiales y prótesis diversas, órtesis, cinturones bragueros y fajas para hernias, collarines cervicales.

Excluye: implantes (HC.1, asistencia curativa).

HC.5.2.3 Ayudas auditivas

Este rubro comprende todos los tipos de ayudas auditivas móviles (incluidos limpieza, ajuste y pilas).

Excluye: diagnóstico audiológico y tratamiento a cargo de médicos (HC.1.3.3); implantes (HC.1, asistencia curativa); educación audiológica (HC.1.3.9).

HC.5.2.4 Dispositivos médicos técnicos, incluidas las sillas de ruedas

Este rubro comprende una serie de dispositivos médicos técnicos, como son las sillas de ruedas (con y sin motor) y los coches para discapacitados.

HC.5.2.9 Los demás productos médicos no percederos

Este rubro comprende una amplia variedad de productos médicos no percederos no clasificados en otra parte, como son los tensiómetros.

Incluye: equipo telemático especializado para llamadas urgentes desde el domicilio del paciente o para el control remoto de parámetros médicos.

Excluye: ascensores automáticos para escalera; elevadores para bañeras y aparatos similares para adaptar la vivienda a las necesidades de los pacientes con discapacidades transitorias o crónicas.

Nota: La lista anterior corresponde a las recomendaciones de la CCIF (United Nations, 1998b).

HC.6 Servicios de prevención y de salud pública

Los servicios de prevención y de salud pública abarcan los servicios encaminados a mejorar el estado de salud de la población, a diferencia de los servicios curativos, cuya finalidad es resolver problemas de salud. Servicios característicos de este tipo son las campañas y programas de vacunación.

Nota: Las funciones de prevención y salud pública incluidas en el ICHA-HC no cubren todos los campos de ésta en el sentido amplio. Algunas de estas funciones de la salud pública en el sentido amplio, como los planes de emergencia y la protección ambiental, no son parte del gasto en salud. Las más importantes de estas funciones de salud pública se clasifican en las funciones relacionadas con la salud (HC.R) de la ICHA-HC. En el anexo 9.3 del presente capítulo se muestra una clasificación cruzada de la lista de Funciones esenciales de salud pública de la OMS (FESP, OMS, 1998), con la ICHA-HC y la CFAP (United Nations, 1998b).

Tabla 9.2. Salud materno-infantil en la CIAP

Código CIAP	Descripción
4.20	Examen diagnóstico prenatal
4.21	Exploración de anomalías neonatales
4.22	Otros exámenes diagnósticos en la primera infancia
4.23	Examen diagnóstico en la segunda infancia
(4-60 a 4.72)	Atención de la salud materno-infantil
4.60	Atención médica ambulatoria inicial durante el embarazo
4.61	Atención médica ambulatoria inicial en posparto
4.62	Atención médica ambulatoria posterior durante el embarazo
4.63	Atención pública de enfermería (prenatal y posnatal)
4.65	Métodos anticonceptivos
4.66	Métodos eugenésicos
4.67	Asesoría médica para niños
4.69	Participación en otras actividades de salud materno-infantil
4.70	Atención domiciliaria de prematuros
4.71	Atención de lactantes sanos
4.72	Atención de niños en edad preescolar

Fuente: CIAP (WHO, 1978, capítulo 4).

HC.6.1 Salud materno-infantil, servicios de planificación familiar y consultas

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.

Nota: Una ilustración de la gama de actividades cubierta por este rubro es la clasificación cruzada con la CIAP que se presenta en la tabla 9.2.

HC.6.2 Servicios de medicina escolar

Este rubro abarca una serie de servicios de educación sanitaria 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.6.3).

HC.6.3 Prevención de enfermedades transmisibles

Este rubro incluye la notificación y registro obligatorios de ciertas enfermedades transmisibles y la investigación epidemiológica de éstas; 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 del trabajo (HC.6.5); vacunación para viajes y turismo por iniciativa del paciente (HC.1.3.1).

HC.6.4 Prevención de enfermedades no transmisibles

Este rubro comprende servicios de salud pública de educación sanitaria, prevención de enfermedades y promoción de condiciones y modos de vida saludables, tales como los servicios prestados por 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 sobre salud general 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.

Nota: Resulta especialmente difícil fijar el límite entre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, al no existir una clasificación internacional en este ámbito. Los límites establecidos en las Cuentas Nacionales de Salud se vinculan en general con la identificación de programas específicos de detección de enfermedades y chequeos médicos, con una cobertura limitada definida jurídica o administrativamente, y costos reembolsados por sistemas públicos o privados. Puede tratarse, por ejemplo, de programas de vigilancia de la tensión arterial, la diabetes y ciertas formas de cáncer, salud dental y chequeos médicos.

En muchos casos, la prevención es un motivo de contacto con la atención primaria y no un proce-

dimiento médico concreto. Esto significa que un mismo procedimiento (por ejemplo, muchas pruebas diagnósticas) puede efectuarse como método de detección dentro de campañas preventivas y como método de diagnóstico en el caso de un problema de salud agudo. El criterio para incluir un servicio en este rubro consiste en ponderar si la prevención se brinda al paciente como parte de un programa social (público o privado, incluida la medicina del trabajo) o a iniciativa del propio paciente.

HC.6.5 Medicina del trabajo

La medicina del trabajo abarca una serie de servicios de salud, como vigilancia de la salud de los asalariados (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.

Nota: La medicina del trabajo corresponde a la clase 05.2 (Gastos en servicios de salud) de la Clasificación de los gastos de los productores por finalidades (United Nations, 1998b) aplicada a los consumos intermedios de los productores. La medicina del trabajo es un consumo intermedio del sector empresarial.

La medicina del trabajo es solo una parte de una serie de actividades encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo en términos de salubridad. Las actividades para mejorar la ergonomía, la seguridad, la salud y la protección ambiental en el lugar de trabajo, la prevención de accidentes, etc., deben distinguirse de las funciones de la medicina del trabajo. En el SCS no deben registrarse como actividades de atención de la salud.

HC.6.9 Los demás servicios de salud pública

Este rubro comprende una serie de servicios diversos 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 desde la perspectiva de la salud pública e información pública sobre las condiciones ambientales.

HC.7 Administración de la salud y los seguros médicos

La administración de la salud y los seguros médicos son actividades de las aseguradoras privadas, de las autoridades centrales y locales, y de las administraciones de seguridad social. Quedan incluidas la planificación, la gestión, la regulación y la obtención de fondos y el tratamiento de reclamaciones al sistema proveedor de servicios.

HC.7.1 Administración de la salud por las administraciones públicas

HC.7.1.1 Administración de la salud por las administraciones públicas (excepto seguridad social)

Este rubro comprende una serie de actividades de la administración general de la salud por parte de las administraciones públicas que no pueden clasificarse en HC.1-HC.6: actividades como elaboración, administración, coordinación y seguimiento de políticas generales, planes, programas y presupuestos de salud (CFAP, clase 07.6).

Incluye: preparación y aplicación de la legislación y las normas que rigen la prestación de servicios de salud, incluidos la autorización de establecimientos médicos y de personal médico y paramédico, la producción y difusión de información general, documentación técnica y estadísticas

sobre salud (distinta de la información incluida en HC.6, Servicios de prevención y de salud pública).

Excluye: elaboración de estadísticas sobre salud por un instituto central de estadística (CFAP, división 01, Servicios generales de las administraciones públicas); administración de la seguridad pública; actividades judiciales y de orden público; actividades de protección contra incendios; actividades de defensa; actividades de control y seguridad vial (CFAP, división 03, Orden público y seguridad).

HC.7.1.2 Actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social

Este rubro comprende las actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social que se ocupan de los servicios de salud. Las administraciones de seguridad social están definidas en los capítulos 6 y 11, que tratan de la financiación de los servicios de salud.

HC.7.2 Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados

HC.7.2.1 Administración de la salud y los seguros médicos: seguros sociales

Este rubro comprende la administración y el funcionamiento de los seguros sociales médicos privados. Los seguros sociales privados están definidos en los capítulos 6 y 11, que tratan de la financiación de los servicios de salud.

HC.7.2.2 Administración de la salud y los seguros médicos: otros organismos privados

Este rubro comprende la administración y el funcionamiento de todos los demás seguros privados de enfermedad y accidentes, incluidas las empresas de seguros comerciales privadas (según se definen en los capítulos 6 y 11, que tratan de la financiación de los servicios de salud).

HC.R. Funciones relacionadas con la salud**HC.R.1 Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud**

Este rubro comprende la formación bruta de capital de instituciones nacionales proveedoras de atención de la salud, excepto las enumeradas en HP.4, Minoristas y otros proveedores de productos médicos.

HC.R.2 Formación del personal sanitario

Este rubro comprende la prestación, en establecimientos públicos y privados, de servicios de educación y formación del personal sanitario, incluidos la administración y la inspección de los establecimientos encargados de esta formación y el apoyo a dichos establecimientos. Corresponde a los establecimientos enseñanza postsecundaria y terciaria en el ámbito de la salud (según la CINE 97) a cargo de las autoridades centrales y locales y a los establecimientos privados como las escuelas de enfermería dependientes de hospitales privados.

Nota: Si la educación y formación del personal sanitario se registra correctamente, no existe solapamiento entre salud y educación. Por ejemplo, en los hospitales universitarios sería deseable tener presupuestos separados para la atención de la salud, la investigación y el desarrollo y la formación. En los casos en que no existan cuentas detalladas, una opción alternativa es adoptar el procedimiento estadístico diseñado para las recogidas de datos UNESCO/OECD/Eurostat sobre educación y formación (UNESCO/OECD/Eurostat, 1995).

La educación y formación del personal sanitario se sitúa, principalmente, entre el nivel 5 (enseñanza terciaria no universitaria) y el nivel 7 (enseñanza terciaria universitaria que lleva a una calificación

universitaria de posgrado, o equivalente) de la CINE. Esta formación se dispensa en los siguientes establecimientos:

- Escuelas paramédicas (CINE 5)
- Departamentos de enseñanza médica o paramédica de establecimientos de enseñanza universitaria de primer y segundo ciclo (CINE 6)
- Departamentos de enseñanza médica o biomédica de establecimientos de enseñanza universitaria de segundo y tercer ciclo (CINE 7).

En la lista de sectores de estudios (enseñanza terciaria) propuesta en el manual CINE (UNESCO, 1996), la educación y formación médicas corresponden a la categoría de Ciencias médicas y sectores relacionados con la sanidad (CINE Código 50). Además, el manual CINE incluye una categoría, Programas de formación de personal auxiliar de sanidad (CINE 50), en el nivel secundario superior de la enseñanza técnica y profesional.

Los costos completos incluirían los gastos en universidades y otras instituciones educativas. Los salarios de los médicos internos y residentes o de las enfermeras en prácticas se registran como gasto en salud, por los servicios prestados. El gasto en formación se registra también en las cuentas de la educación. El propósito de esta categoría es incluir el gasto en formación estrechamente vinculado con la atención de pacientes en el gasto en servicios de salud y no en el gasto en educación y formación. La siguiente recomendación para los hospitales universitarios proviene del manual UNESCO/OECD/Eurostat:

“El gasto efectuado por o en hospitales docentes (llamados también hospitales académicos o universitarios) no deberá incluirse en el gasto en educación, excepto en el caso de que esté directa y específicamente relacionado con la formación del personal médico. En particular, todos los costos de la atención a pacientes distintos de los gastos generales de los hospitales académicos deben excluirse de las cifras de la educación, aun cuando sean las autoridades educativas quienes cubren dichos gastos.

También queda excluido el gasto en investigación de los hospitales académicos; no se debe intentar distinguir entre el tiempo dedicado a actividades de investigación y el dedicado a otras actividades por el personal docente, cuyos salarios por lo demás se consideran parte del gasto en educación” (UNESCO/OECD/Eurostat, 1995).

HC.R.3 Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud

Este rubro incluye las actividades de investigación y desarrollo (I+D) en salud, de acuerdo con la siguiente definición:

“Programas de I+D encaminados a la protección y la mejora de la salud humana. Están incluidas la I+D sobre higiene alimentaria y nutrición y la I+D sobre radiación utilizada con fines médicos, ingeniería bioquímica, información médica, racionalización de tratamientos y farmacología (incluidos los ensayos de medicamentos y la crianza de animales de laboratorio con fines científicos), así como la investigación relacionada con la epidemiología, la prevención de enfermedades industriales y la drogadicción” (*Manual de Frascati*, OECD, 1994d).

Nota: La participación de las administraciones públicas en I+D relativa a la salud se clasifica en la CFAP como parte de la función salud (CFAP, 07.5, Investigación y desarrollo en materia de salud).

El *Manual de Frascati* (OECD, 1994d) da definiciones detalladas de la I+D en el sector empresarial y en el sector público, incluidas las instituciones sin fines de lucro y las instituciones de enseñanza superior. Dicho manual es producto del esfuerzo conjunto de expertos nacionales en I+D de los 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 de Frascati* analiza los problemas de la definición de los límites entre I+D, educación, atención de la salud y otras ramas de actividad, proporciona directrices para la notificación uniforme en éstos y otros ámbitos, y traza el límite entre el campo de la atención de la salud y el de la educación y formación del personal sanitario. El *Manual de Frascati* proporciona las siguientes definiciones básicas de la I+D:

“La investigación y el desarrollo experimental (I+D) comprenden el trabajo creativo que se emprende con un criterio sistemático para incrementar el acervo de conocimientos, incluido el conocimiento del ser humano, la cultura y la sociedad, y el uso de ese acervo para el diseño de nuevas aplicaciones.

La I+D abarca tres actividades distintas: investigación fundamental, investigación aplicada y desarrollo experimental. Investigación fundamental es el trabajo experimental o teórico realizado primordialmente para adquirir nuevos conocimientos sobre los fundamentos de los fenómenos y hechos observables, sin tener presente una aplicación o fin concreto. La investigación aplicada es también investigación original realizada para adquirir nuevos conocimientos. Sin embargo, está dirigida fundamentalmente a un objetivo práctico concreto. El desarrollo experimental es el trabajo sistemático, a partir de los conocimientos obtenidos de la investigación y/o la experiencia práctica, orientado a la producción de materiales, productos o dispositivos nuevos, de métodos, sistemas y servicios nuevos, o a la mejora sustancial de lo que ya está producido o en funcionamiento” (*Manual de Frascati*, OECD, 1994d).

El criterio básico para distinguir la I+D de otras actividades afines es la presencia en la primera de un elemento de novedad apreciable, así como la disipación de una incertidumbre científica y/o tecnológica; por ejemplo, la situación en que la solución de un problema no es evidente para alguien familiarizado con el conjunto de conocimientos y

técnicas básicas utilizadas normalmente en el sector sujeto a consideración. En el campo de la medicina, la autopsia sistemática para investigar las causas de muerte es simplemente una práctica de atención de la salud y no de I+D; en cambio, la investigación específica de un caso de mortalidad para establecer los efectos secundarios de ciertos tratamientos contra el cáncer es I+D. De forma similar, los análisis de sangre y las pruebas bacteriológicas rutinarios no son I+D, pero un programa especial de análisis de sangre con motivo de la introducción de un nuevo medicamento es I+D (*Manual de Frascati*, OECD, 1994d).

Para obtener estadísticas sobre atención de la salud deberá seguirse la recomendación acerca de la línea divisoria entre atención de la salud especializada e I+D del *Manual de Frascati* sobre estadísticas de I+D:

“En los hospitales universitarios, donde además de la actividad principal de atención de la salud es importante la formación de los estudiantes de medicina, suelen estar estrechamente vinculadas las actividades de docencia, I+D y atención tanto avanzada como ordinaria de la salud. La atención de la salud especializada deberá excluirse normalmente de la I+D. No obstante, puede existir un elemento de I+D que normalmente se denomina atención de la salud avanzada, que se lleva a cabo, por ejemplo, en hospitales universitarios. Para los médicos de hospitales universitarios y sus asistentes resulta difícil definir la parte de sus actividades que constituye exclusivamente I+D. Sin embargo, si se incluyen en las estadísticas de I+D el tiempo y el dinero dedicados a la atención de la salud rutinaria, se producirá una sobrestimación de los recursos de I+D en las ciencias médicas. Por lo general tal atención de la salud avanzada no debe considerarse I+D y toda atención de la salud no vinculada directamente a un proyecto específico de I+D debe excluirse de las estadísticas de I+D” (*Manual de Frascati*, OECD, 1994d).

La I+D en salud medida con arreglo a las normas del *Manual de Frascati* excluye los gastos de las empresas farmacéuticas, que se registran por separado. Existen normas internacionales para la recogida de datos sobre I+D. En el *Manual de Frascati* (OECD, 1994d) se ofrecen más detalles sobre la recogida de datos de I+D y las normas internacionales para su notificación.

Las actividades de I+D en salud deben excluir toda actividad de educación y formación de personal sanitario en universidades e instituciones especiales de educación superior y postsecundaria. No obstante, cuando sea posible, la investigación en ciencias médicas efectuada por estudiantes de posgrado en universidades y hospitales universitarios deberá contabilizarse como parte de la I+D en la atención de la salud. Los gastos en I+D de las empresas farmacéuticas deben distinguirse de otras actividades científicas y tecnológicas relacionadas (*Manual de Frascati*), como por ejemplo el trabajo relativo a patentes y licencias.

HC.R.4 Control sanitario de alimentos, higiene y agua potable

Este rubro comprende una serie de actividades de salud pública que son parte de otras actividades públicas, como la inspección y regulación de diversos sectores, incluido el abastecimiento de agua potable.

Nota: Las actividades de este rubro son parte de varias funciones de la CFAP [CFAP, 04, Asuntos económicos (varios sectores) y 06.3 Abastecimiento de agua, que incluye la supervisión y regulación de la pureza del agua].

HC.R.5 Salud ambiental

Este rubro comprende una serie de actividades de seguimiento y control ambiental centradas especialmente en la salud pública.

Tabla 9.3. **Funciones relativas a la salud ambiental seleccionadas**

Código CFAP	Función CFAP	Ejemplos de servicios cubiertos
05	<i>Protección del medio ambiente</i>	
05.1	Manejo de desechos	Medidas de seguridad y vigilancia de los riesgos sanitarios vinculados a estos servicios
05.2	Manejo de aguas residuales	Medidas de seguridad y vigilancia de las normas ambientales u otras normas de calidad
05.3	Reducción de la contaminación	Actividades relativas a la prevención, la vigilancia, la reducción y el control del ruido y la contaminación del aire, los acuíferos y los suelos
05.5	I+D relacionados con la protección del medio ambiente	I+D sobre problemas de salud pública vinculados a la protección del medio ambiente
05.6	Protección del medio ambiente n.e.p.	Producción y difusión de información pública sobre los riesgos sanitarios vinculados a las condiciones ambientales

Fuente: adaptado de United Nations (1998b).

Nota: A falta de una vinculación concertada con las definiciones internacionales normalizadas de salud ambiental, se sugiere abarcar varios rubros de la función 05 de la CFAP: Protección del medio ambiente. En la tabla 9.3 se ofrece una lista de tales funciones relacionadas con la salud.

HC.R.6 Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas

Este rubro comprende los servicios sociales (no médicos) en especie cuyo objetivo principal es la rehabilitación o la reinserción social y profesional de personas con problemas de salud y limitaciones o discapacidades funcionales.

Incluye: educación de niños encamados y escuelas especiales para discapacitados (CIE-9-MC, 93.82); terapia ocupacional (CIE-9-CM, 93.83); rehabilitación vocacional y empleo protegido (CIE-9-CM, 93.85).

Nota: En algunos casos, la provisión de prestaciones de salud en especie como parte de esquemas de protección social está estrechamente relacionada con la provisión de prestaciones sociales en especie para la asistencia de personas que padecen enfermedades o discapacidades crónicas.

HC.R.7 Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo

Este rubro comprende la administración y provisión de prestaciones en efectivo relacionadas con la salud concedidas a personas y hogares en forma de transferencias por programas de protección social. Incluye servicios colectivos, como la administración y la regulación de dichos programas.

Nota: En algunos casos, la provisión de prestaciones de salud en especie como parte de esquemas de protección social está estrechamente relacionada con la provisión de protección social en forma de transferencias (prestaciones en efectivo) a personas y hogares. La CFAP y el Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS) se basan en la lista de funciones de protección social que figura en la tabla 9.4 con ejemplos de prestaciones relacionadas con la salud:

“La función enfermedad abarca la protección social prestada en forma de prestaciones en efectivo que sustituyan en su totalidad o en parte la pérdida de ingresos durante una incapacidad laboral transitoria debida a enfermedad o lesión, además de la administración, gestión o apoyo de dichos planes de protec-

Tabla 9.4. Prestaciones en efectivo relacionadas con la salud

Clase CFAP	Función de protección social	Prestaciones en efectivo relacionadas con la salud
10.1	Enfermedades e incapacidad	Prestaciones por enfermedad y discapacidad
10.2	Edad avanzada	Jubilación anticipada por razones de salud
10.4	Familia e hijos	Licencia por maternidad
10.5	Desempleo	Recapitación profesional
10.6	Exclusión social n.e.p.	Prestaciones de atención de la salud a personas sin techo

Fuente: United Nations (1998b), Manual SEEPROS (1996).

ción social. Esto incluye prestaciones en especie, como la asistencia en las tareas diarias prestada a personas que temporalmente no pueden trabajar debido a una enfermedad o lesión (ayuda doméstica, servicios de transporte, etc.)” (CFAP, United Nations, 1998b).

Se recomienda incluir en la función HC.R.7 la mayor parte de los pagos correspondientes a la función enfermedad. Los rubros restantes deben considerarse una lista de ejemplos que permiten

verificar si las prestaciones en efectivo que no sean por enfermedad quedan cubiertas por programas de salud (lo que es frecuente en el caso de países con seguros sociales tradicionales que presentan una combinación compleja de servicios cubiertos por “seguros de enfermedad”). A la hora de establecer las cuentas de salud, es preferible que estas prestaciones complementarias se registren por separado para poder interpretar correctamente los aspectos de la financiación (especialmente los tipos de cotización).

ANEXO 9.1.

OTROS ASPECTOS DE LA DELIMITACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

EL LÍMITE ENTRE ATENCIÓN DE LA SALUD Y OTROS SERVICIOS SOCIALES

En las Cuentas Nacionales de Salud de los diversos países se aplican distintos límites entre la atención de la salud y otros servicios sociales, y existen casos ambiguos cuando los servicios sociales tienen un componente de salud considerable pero no dominante; por ejemplo, la atención de larga duración para ancianos dependientes. Esta ambigüedad puede darse en el caso de la atención domiciliaria, en algunas formas de atención en internamiento, como la atención preventiva en instituciones de salud mental, asilos y establecimientos de trabajo para discapacitados, y programas de rehabilitación para drogadictos.

Como norma básica, la atención en internamiento debe registrarse como atención de la salud cuando el internamiento es necesario para la salud de la persona o cuando la faceta de atención de la salud se efectúa más eficazmente en condiciones de internamiento. En el caso de otras formas de atención en que el componente médico es importante pero no dominante (menos de la mitad de los costos totales), el componente de atención de la salud puede determinarse mediante una esti-

mación de los recursos médicos realmente utilizados, valorando el insumo de factor trabajo y el empleo intermedio o final de productos médicos. Como primera aproximación solo se contabilizará el insumo del factor trabajo de profesionales sanitarios que desempeñen funciones médicas (en el sentido de la clasificación funcional ICHA). En estos casos, la función de alojamiento en las instituciones quedaría excluida de la función de atención de la salud.

Los componentes no médicos (en el sentido anterior) de programas ocupacionales y otros programas de rehabilitación destinados a la capacitación y la integración social y laboral no deben presentarse como gasto en salud. Las sesiones terapéuticas en instalaciones balnearias que se realizan con fines principalmente médicos y curativos deben distinguirse de las sesiones recreativas o de rehabilitación en este tipo de establecimientos.

EL LÍMITE ENTRE ATENCIÓN DE LA SALUD Y OTRAS INTERVENCIONES MÉDICAS

La aplicación del conocimiento y la tecnología médicos con fines no curativos o paliativos, sino como recurso para mejorar la capacidad mental o

física más allá de los límites naturales o con otros fines no médicos puede plantear importantes problemas de delimitación en el futuro. Entran en esta categoría la cirugía estética no relacionada con la reconstrucción de lesiones traumáticas, la fecundación *in vitro* y los chips cerebrales implantados con fines distintos de los médicos, terapéuticos o diagnósticos. El dopaje y el consumo de esteroides en la práctica del fisiculturismo son otros ejemplos clásicos.

Actualmente, las estadísticas de salud suelen incluir todos los servicios que constituyen intervenciones médicas legales efectuadas en seres humanos por profesionales sanitarios oficialmente autorizados. Por tanto, el criterio decisivo es más la pertenencia oficial de la persona que practica la intervención al cuerpo médico, que el que los servicios prestados sean de atención de la salud en el sentido de destinarse exclusiva o predominantemente a mejorar la salud de los pacientes. Por el momento, el volumen de recursos implicados puede considerarse de escasa importancia, pero es posible que sea necesario elaborar directrices más específicas en el futuro.

EL LÍMITE ENTRE SALUD PÚBLICA Y OTRAS FUNCIONES DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS

Las administraciones públicas desempeñan gran número de funciones que no corresponden a la atención de la salud, sino a la seguridad pública y la protección de la salud de la población. En la contabilidad de la salud es preciso separar la organización y prestación de estos servicios de la función de atención de la salud. Los servicios de ambulancias y rescate de carácter general pero organizados por los servicios de protección contra incendios se incluyen en la atención de la salud. Los hospitales de las bases militares se incluyen en la función de atención de la salud, no en la defensa militar y civil. En cambio, las instalaciones médicas reservadas a las víctimas de guerra o de catástrofes en tiempo de paz corresponden a la

seguridad pública o a la función militar y de defensa. Aunque en algunos países las autoridades de salud pública son las encargadas de administrar una serie de medidas de seguridad pública (seguridad vial, normas de construcción y vivienda, servicios veterinarios y vigilancia de la seguridad de productos), dichas actividades no están incluidas dentro de los límites de la atención de la salud establecidos en el SCS.

ANEXO 9.2. CLASIFICACIÓN CRUZADA CON LAS CLASIFICACIONES DEL SCN

En este anexo se presenta una clasificación cruzada de la ICHA-HC con las clasificaciones funcionales del SCN 93 (Tabla 9.5). En el anexo A.6 del presente manual se incluyen mayores detalles y notas explicativas sobre las clasificaciones funcionales del SCN.

Tabla 9.5. Clasificación cruzada de la ICHA-HC y el SCN 93

ICHA	Funciones de atención de la salud	CCIF	CCIF	CCIF	CFAP	CFISFL
		Hogares	ISFLSH	Administraciones públicas		
Correspondencia en las nomenclaturas del SCN 93						
HC.1	Servicios de asistencia curativa					
HC.1.1	Asistencia curativa hospitalaria	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.1.2	Asistencia curativa en hospitalización de día	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.1.3	Asistencia curativa ambulatoria	06.2	–	–	07.2	02.2
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	06.2.1	13.2.4	14.2.4	07.2.1	–
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	06.2.2	13.2.5	14.2.5	07.2.3	02.2.2
HC.1.3.3	Los demás servicios de asistencia especializada	06.2.1	13.2.6	14.2.4	07.2.3	–
HC.1.3.9	Los demás servicios de asistencia ambulatoria	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.1.4	Servicios de asistencia curativa domiciliaria	06.2.1 (06.2.3)	13.2.4 (13.2.7)	14.2.6	07.2.4 (07.3)	02.2
HC.2	Servicios de rehabilitación	–	–	–	–	–
HC.2.1	Atención hospitalaria	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.2.3
HC.2.2	Rehabilitación en hospitalización de día	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.2.3
HC.2.3	Rehabilitación ambulatoria	06.2.3 (06.2.1)	13.2.6 (13.2.4)	14.2.6 (14.2.4)	07.2.4 (07.2.1)	02.2.3
HC.2.4	Servicios de rehabilitación domiciliaria	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.3	Servicios de atención de larga duración					
HC.3.1	Atención de larga duración hospitalaria	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.3
HC.3.2	Atención de larga duración en hospitalización de día	06.3	13.2.7	14.2.7	07.3	02.2.3
HC.3.3	Atención de larga duración domiciliaria	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.4	Servicios auxiliares de atención de la salud					
HC.4.1	Laboratorio clínico	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.4.2	Imaginología diagnóstica	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia	06.2.3 (06.3)	13.2.6 (13.2.7)	14.2.6 (14.2.7)	07.2.4 (07.3)	02.2.3, (02.3)
HC.4.9	Los demás servicios auxiliares	06.2.3	13.2.6	14.2.6	07.2.4	02.2.3
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios					
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos					
HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción	06.1.1	13.2.1	14.2.1	07.1.1	02.1.1
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre	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 no perecederos	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.1	Lentes y otros productos ópticos	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.3	Ayudas auditivas	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.4	Dispositivos médicos técnicos, incluidas las sillas de ruedas	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.5.2.9	Los demás productos médicos no perecederos	06.1.3	13.2.3	14.2.3	07.1.3	02.1.3
HC.6	Servicios de prevención y de salud pública	–	–	–	–	–
HC.6.1	Salud materno-infantil; servicios de planificación familiar y consultas	–	–	14.2.8	07.4	02.4
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	–	–	14.2.8	07.4	02.4
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	–	–	14.2.8	07.4	02.4
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	–	–	14.2.8	07.4	02.4
HC.6.4	Salud ocupacional	–	–	–	–	–
HC.6.9	Los demás servicios de salud pública	–	–	14.2.8	07.4, 07.6	02.4
HC.7	Administración de la salud y los seguros médicos	–	–	–	–	–
HC.7.1	Administración y seguros de salud	–	–	–	07.6.0	–
HC.7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	12.5.3	–	–	–	–

ANEXO 9.3.

CLASIFICACIONES CRUZADAS DE LAS FUNCIONES DE SALUD PÚBLICA

Tabla 9.6. Clasificación cruzada de las FESP, la ICHA-HC y la CFAP

FESP	Descripción	ICHA-HC	Código CFAP
1	<i>Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles</i>		
	Imunización	6.3	07.4
	Lucha antiepidemiológica	6.3	07.4
	Control epidemiológico	func.-cruz. (6. y 7.)	func.-cruz. (07.4 y 07.6)
	Prevención de accidentes	5.4 (y func.-cruz.)	07.4 (y func.-cruz.)
2	<i>Control de la situación sanitaria</i>		
	Control de la morbilidad y mortalidad	func.-cruz. (6. y 7.)	func.-cruz. (07.4 y 07.6)
	Evaluación de la eficacia de los programas de promoción, prevención y servicios	func.-cruz. (6. y 7.)	func.-cruz. (0.7.4 y 0.7.6)
	Evaluación de la eficacia de las acciones de salud pública	6. y 7.	0.7.4 y 0.7.6
	Evaluación de las necesidades de la población y los riesgos para identificar los subgrupos que requieren servicios	func.-cruz. (6. y 7.)	func.-cruz. (0.7.4 y 0.7.6)
3	<i>Promoción de la salud</i>		
	Promoción de la participación comunitaria en la salud	6.9 y 7.	0.7.4 y 0.7.6
	Suministro de información y educación para la salud y refuerzo de las competencias útiles en la vida: acciones en colegios, hogares y locales comunitarios	func.-cruz. (6. y 7.)	func.-cruz. (0.7.4 y 0.7.6)
	Vínculos con los medios políticos y otros sectores y con la comunidad para promover la salud y sensibilizar a los problemas de salud pública	aspecto estratégico	aspecto estratégico
4	<i>Medicina del trabajo</i>	(6.5)	—
	Elaboración de normas de seguridad e higiene en el trabajo	7.	07.6.0

Nota: func.-cruz.: funciones cruzadas; (R.x): Función de la OMS se solapa con R.x (pero no es idéntica).

Tabla 9.6. **Clasificación cruzada de las FESP, la ICHA-HC y el SCN 93 (cont.)**

FESP	Descripción	ICHA-HC	Código CFAP
5	<i>Protección del medio ambiente</i>		
	Acceso a agua segura: producción y protección	(R.4)	06.3.0
	Control de alimentos: calidad y seguridad	R.4	func.-cruz. (04; 07.04.0)
	Suministro de drenaje, alcantarillado y servicios de evacuación de desechos sólidos	R.4	05.1 y 05.2
	Control de sustancias y desechos peligrosos	–	05.1 y 05.2
	Establecimiento de medidas adecuadas de control de vectores	5.3.1	07.04.0
	Protección del suelo y los recursos hídricos	(R.5)	(05.3; 05.4 y 05.6)
	Inclusión de los aspectos de salud ambiental en políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo	aspecto estratégico	aspecto estratégico
	Prevención y control de la contaminación atmosférica	(R.5)	05.3
	Establecimiento de medidas adecuadas de prevención y promoción de servicios ambientales	aspecto estratégico	aspecto estratégico
	Establecimiento de medidas de detección, vigilancia y control de riesgos ambientales	aspecto estratégico	aspecto estratégico
	Control de radiaciones	R.5	05.3
6	<i>Legislación y reglamentación de la salud pública</i>		
	Revisión, elaboración y aplicación de legislación, normativas y procedimientos administrativos	6.	07.6.0
	Elaboración de una legislación adecuada para proteger la salud ambiental	func.-cruz. (1. - 4.)	func.-cruz.
	Inspección sanitaria y expedición de licencias	6.	07.6.0
	Aplicación de la legislación, las normativas y los procedimientos administrativos sanitarios	sectores cruzados	sectores cruzados
7	<i>Servicios de salud pública</i>		
	Planificación y gestión de la política sanitaria	6.1.1 (y sectores cruzados)	07.6.0 (y sectores cruzados)
	Utilización de pruebas científicas en la formulación y aplicación de la política de salud pública	aspecto estratégico	aspecto estratégico
	Investigación en la salud pública y los sistemas de salud	R.3	07.4.0
	Colaboración y cooperación internacional en salud	6.1 (y sectores cruzados)	01.2 (y sectores cruzados)
8	<i>Servicios de salud pública específicos</i>		
	Servicios de medicina escolar	5.2	07.4.0
	Servicios de emergencia y protección civil	–	03.2.0 y 03.6.0
	Servicios de laboratorios de salud pública	5.3.1	07.4.0
9	<i>Atención individual a poblaciones individuales y de alto riesgo</i>	func.-cruz.	func.-cruz.
	Salud materna y planificación familiar	5.1	07.4.0 y 10.4.0
	Salud de lactantes y niños	5.1.1	07.4.0

Nota: func.-cruz.: funciones cruzadas; (R.x): Función de la OMS se solapa con R.x (pero no es idéntica).

Fuente: Adaptado de Bettcher (1998) y de United Nations (1998b).

10. CLASIFICACIÓN ICHA-HP DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

RESUMEN

- 10.1. La clasificación ICHA-HP de proveedores de atención de la salud (tabla 10.1) es una versión matizada y adaptada de las secciones pertinentes de la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU, Rev. 3, United Nations, 1990). La mayor parte de los proveedores de servicios de salud de dicha clasificación figura en la Sección N, Servicios sociales y de salud (véase también el anexo A.5 del presente manual). Los seguros de enfermedad, la administración sanitaria y la seguridad social se clasifican en la CIIU en la intermediación financiera de planes de seguros y de pensiones, o en la administración pública y los regímenes de seguridad social de afiliación obligatoria.
- 10.2. En la CIIU, las categorías de servicios de salud contenidas en la sección Servicios sociales y de salud se dividen de tres amplios campos de actividades: Actividades de hospitales (CIIU 8511), Actividades de médicos y odontólogos (8512) y Otras actividades relacionadas con la salud humana (8519). En el anexo A.5 del presente manual se ofrecen notas explicativas y se enumeran otras industrias relacionadas con la atención de la salud clasificadas en la CIIU, con su texto explicativo original. A la hora de la recogida efectiva de datos, se recomienda establecer un vínculo bien definido entre la dimensión proveedor del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) y las estadísticas industriales nacionales.
- 10.3. Para las cuentas de salud se necesitan explicaciones más detalladas y una lista de proveedores de servicios de salud bastante más larga que las que aporta la CIIU. Para adaptar la CIIU a la clasificación ICHA-HP se ha utilizado como modelo el proyecto de clasificación industrial común de los países del TLCAN, el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, SCIAN 1998, tanto para las definiciones básicas como para la presentación de elementos específicos de la ICHA-HP. En algunos casos se ha modificado la terminología, para incluir material adicional con el que se pueda tomar mejor en consideración la situación en otros países de la OCDE y simplificar las definiciones del SCIAN.

- 10.4. Los encargados de elaborar las cuentas de salud a nivel nacional e internacional deben intercambiar información con los encargados de las cuentas macroeconómicas nacionales para verificar que los proveedores de salud están clasificados de igual manera en ambos sistemas. Esto atañe, por ejemplo, a la clasificación de los hospitales como empresas públicas o privadas. La coordinación de las clasificaciones es especialmente importante en lo referente a los seguros médicos, que en el SCS se desglosan según los principios del SCN 93: seguridad social, seguros sociales y otras empresas de seguros.
- 10.5. La versión actual de la clasificación institucional está diseñada para permitir clasificaciones cruzadas del gasto en salud registrado en las funciones médicas (HC.1-HC.7). Para las funciones relacionadas con la salud (como la educación y la I+D) se han diseñado clasificaciones institucionales específicas, recomendadas para las comparaciones internacionales, que no se reproducen aquí (véase Unesco/OECD/Eurostat, 1995 y *Manual de Frascati*, OECD, 1994d).

Tabla 10.1. **Clasificación de los proveedores de atención de la salud (ICHA-HP): nivel de tres dígitos**

Código ICHA	Industria proveedora de servicios de salud
HP.1	Hospitales
HP.1.1	Hospitales generales
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad
HP.2.9	Los demás establecimientos de atención residencial
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria
HP.3.1	Consultorios médicos
HP.3.2	Consultorios odontológicos
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales de salud
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria
HP.3.4.1	Centros de planificación familiar
HP.3.4.2	Centros ambulatorios de salud mental y adicciones
HP.3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria
HP.3.4.4	Centros de diálisis
HP.3.4.5	Los demás centros ambulatorios multidisciplinarios y en sociedad
HP.3.4.9	Los demás centros ambulatorios públicos e integrados de atención
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria
HP.3.9	Los demás proveedores de atención ambulatoria
HP.3.9.1	Servicios de ambulancia
HP.3.9.2	Bancos de sangre y órganos
HP.3.9.9	Los demás proveedores de servicios de atención ambulatoria

Tabla 10.1. **Clasificación de los proveedores de atención de la salud (ICHA-HP): nivel de tres dígitos (cont.)**

Código ICHA	Industria proveedora de servicios de salud
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos
HP.4.1	Farmacias
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas
HP.4.4	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas)
HP.4.9	Las demás formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública
HP.6	Administración general de la salud y los seguros médicos
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas
HP.6.2	Administraciones de seguridad social
HP.6.3	Otros seguros sociales
HP.6.4	Otros seguros (privados)
HP.6.9	Los demás proveedores de administración de la salud
HP.7	Las demás ramas de actividad (resto de la economía)
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria
HP.7.9	Las demás ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud
HP.9	Resto del mundo

NOTAS EXPLICATIVAS DE LA CLASIFICACIÓN DE PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD (ICHA-HP)

HP.1 Hospitales

Este rubro abarca los 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 también pueden ofrecer servicios ambulatorios como actividad secundaria. Los hospitales proporcionan a los pacientes internos servicios que en muchos casos solo pueden prestarse utilizando instalaciones y equipo especializados que forman parte integrante y considerable del proceso de producción. En algunos países, los establecimientos sanitarios deben tener una capacidad mínima (como el número de camas) para obtener su registro como hospitales.

HP.1.1 Hospitales generales

Este rubro comprende los establecimientos autorizados cuya actividad principal es brindar diagnósticos y tratamientos médicos (quirúrgicos y no quirúrgicos) a pacientes internos, con una gran variedad de trastornos médicos. Estos establecimientos pueden prestar otros servicios, como consultas externas, anatomopatología, diagnóstico radiológico, laboratorio clínico, quirófanos para una serie de procedimientos y servicios de farmacia.

Ejemplos

- Hospitales generales de urgencias
- Hospitales municipales, provinciales y regionales (excepto de especialidades)
- Hospitales de instituciones sin fines de lucro (por ejemplo, Cruz Roja) (excepto de especialidades)
- Hospitales docentes, hospitales universitarios (excepto de especialidades)
- Hospitales militares, de veteranos y de policía (excepto de especialidades)
- Hospitales penitenciarios.

Nota: Se incluyen los centros públicos de atención integral que prestan servicios ambulatorios y en hospitalización, pero que se dedican primordialmente a estos últimos.

HP.1.2 Hospitales de salud mental y adicciones

Este rubro está constituido por establecimientos autorizados cuya actividad principal es brindar diagnósticos y tratamientos médicos y servicios de seguimiento para pacientes internos que sufren enfermedades mentales o adicciones. El tratamiento suele requerir una estancia larga en el hospital, que incluye el alojamiento y la alimentación. Estos establecimientos disponen de servicios de psiquiatría, psicología y asistencia social. Normalmente, estos hospitales ofrecen otros servicios, como consulta externa, análisis de laboratorio, radiología diagnóstica y electroencefalografía.

Referencias cruzadas

- Los establecimientos que brindan principalmente tratamiento ambulatorio de salud mental y adicciones se clasifican en HP.3.4.2, Centros ambulatorios de salud mental y adicciones.
- Los establecimientos denominados hospitales que se encargan principalmente del tratamiento de trastornos de salud mental y adicciones de pacientes internos, a través del asesoramiento más que del tratamiento médico, se clasifican en HP.2.2, Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones.
- Los establecimientos denominados hospitales que se encargan primordialmente de proveer atención residencial a personas con diagnóstico de retraso mental se clasifican en HP.2.2, Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones.

HP.1.3 Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)

Este rubro está constituido por establecimientos autorizados que se encargan primordialmente de proveer diagnóstico y tratamiento médico a pacientes internos con enfermedades o trastornos médicos específicos (excepto salud mental y adicciones). El rubro incluye los hospitales que ofrecen atención de larga duración a pacientes con enfermedades crónicas y los hospitales que proporcionan servicios de rehabilitación y similares a personas con discapacidad o invalidez. Estos hospitales pueden brindar otros servicios, como consultas externas, diagnóstico radiológico, laboratorio clínico, quirófanos, fisioterapia, servicios de educación y formación, y servicios psicológicos y de trabajo social.

Ejemplos

- Hospitales especializados de urgencias
- Centros especializados de emergencia
- Hospitales especializados en ortopedia
- Sanatorios especializados (dedicados principalmente a servicios postagudos, de rehabilitación y de prevención)
- Hospitales de medicina oriental tradicional
- Hospitales especializados en el tratamiento de enfermedades infecciosas (tuberculosis, enfermedades tropicales).

Referencias cruzadas

- Los establecimientos con categoría de hospital que brindan principalmente servicios de diagnóstico y tratamiento a pacientes internos con diversos trastornos médicos, tanto quirúrgicos como no quirúrgicos, se clasifican en HP.1.1, Hospitales generales.
- Los establecimientos reconocidos y autorizados como hospitales que brindan principalmente servicios de diagnóstico y tratamiento a pacientes internos con trastornos psiquiátricos o adicciones se clasifican en HP.1.2, Hospitales de salud mental y adicciones.

- Los establecimientos denominados hospitales pero dedicados principalmente a servicios de enfermería y rehabilitación a pacientes internos se clasifican en HP.2.1, Establecimientos de atención medicalizada.
- Los establecimientos denominados hospitales pero que se encargan primordialmente de proveer atención residencial a personas con diagnóstico de retraso mental se clasifican en HP.2.2, Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones.
- Los establecimientos denominados hospitales pero que se encargan principalmente del tratamiento de trastornos de salud mental y adicciones de pacientes internos, a través de asesoramiento más que de tratamiento médico, se clasifican en HP.2.2, Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones.

HP.2 Establecimientos de atención medicalizada y residencial

Este rubro comprende establecimientos que brindan principalmente atención residencial, combinada con atención medicalizada, supervisión u otros servicios de salud que requieran los residentes. En estos establecimientos, parte importante del proceso de producción y de la atención proporcionada es una combinación de servicios de salud y sociales, en la que la atención de la salud consiste principalmente en servicios de enfermería.

Nota: En la mayoría de países existe una amplia variedad de instituciones que proporcionan atención de larga duración (tanto de salud como de servicios sociales). La clasificación exacta en los tipos correspondientes de instituciones (Establecimientos de atención medicalizada, Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones, Establecimientos de atención residencial a la tercera edad, y Los demás establecimientos de atención residencial), depende de la división que se hace en cada país del factor trabajo en el proceso de atención de la

salud, especialmente en la atención de larga duración. Como regla general, en las cuentas de salud debe enumerarse toda institución cuyas actividades contengan un componente médico considerable o que consistan en atención medicalizada con un fuerte componente médico, a cargo, habitualmente, de personal médico empleado por la institución. Sin embargo, en las cuentas del gasto del SCS se registra solo una estimación de la parte médica del gasto de los establecimientos clasificados en HP.2.

Referencias cruzadas

Quedan excluidas las instituciones donde las intervenciones médicas son más de carácter incidental o son ejecutadas por médicos o enfermeras visitantes. Lo mismo se aplica a las instituciones en que un médico ejerce de director de, por ejemplo, un hogar para discapacitados, donde las cuentas de 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. Los servicios de las enfermeras que visitan estas instituciones deberán registrarse por separado, dentro de la categoría correspondiente de la atención ambulatoria (HP.3).

HP.2.1 Establecimientos de atención medicalizada

Este rubro está integrado por establecimientos que brindan principalmente atención medicalizada y de rehabilitación a pacientes internos. Por lo general, los cuidados se brindan por períodos largos a personas que requieren atención medicalizada. Estos establecimientos tienen un cuerpo permanente de enfermeras tituladas o licenciadas que, junto a otro personal, prestan servicios de enfermería y asistencia individual continua.

Nota: Los establecimientos de atención medicalizada proporcionan principalmente atención de larga duración (aunque también se ocu-

pan, ocasionalmente, de casos agudos) junto con alojamiento y otros tipos de apoyo social, como ayuda en las tareas de la vida diaria y asistencia para lograr una vida independiente. Estos establecimientos brindan atención de larga duración, que incluye atención medicalizada básica regular a personas con enfermedades crónicas, de salud frágil, discapacitadas, convalecientes o seniles que requieren atención en internamiento. Para incluirlos en el SCS, la atención de la salud y el tratamiento deben constituir parte importante de sus actividades. Quedan excluidos los establecimientos con asistencia médica limitada, como sería la vigilancia de la toma del medicamento.

Ejemplos

- Casas u hospitales de convalecencia (excepto salud mental y adicciones)
- Residencias de ancianos con atención medicalizada
- Asilos de atención hospitalaria
- Residencias con atención medicalizada
- Centros de reposo medicalizados
- Establecimientos medicalizados especializados (EE.UU.)
- Residencias docentes de enfermería.

Referencias cruzadas

- Los establecimientos de alojamiento con asistencia y servicios de cuidados médicos *in situ* se clasifican en HP.2.3, Establecimientos residenciales de atención a la tercera edad.
- Los establecimientos de convalecencia de salud mental se clasifican en HP.2.2, Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones.

HP.2.2 Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones

Este rubro está compuesto por establecimientos (por ejemplo, hogares colectivos, hospitales, centros de atención intermedia) que ofrecen principalmente cuidados a personas en internamiento

con diagnóstico de retraso mental. Estas estructuras pueden dispensar alguna atención médica, pero sus servicios se centran en el alojamiento y la manutención, la supervisión y el asesoramiento. Los establecimientos de atención residencial de salud mental y adicciones son aquellos cuya actividad primordial consiste en brindar atención y tratamiento residencial a pacientes con trastornos de salud mental y adicciones. Proporcionan servicios de alojamiento, manutención, supervisión y asesoramiento. Los servicios de atención de la salud con que puede contarse en tales instituciones son un complemento de los servicios de asesoramiento, rehabilitación mental y apoyo. Por lo general, además del asesoramiento, estos establecimientos prestan una amplia gama de servicios sociales.

Ejemplos

- Centros de rehabilitación para alcohólicos o drogadictos (excepto hospitales autorizados)
- Centros de transición para pacientes de salud mental (EE.UU.)
- Centros u hospitales de convalecencia para pacientes de salud mental
- Residencias colectivas para personas con trastornos emocionales
- MENCARE (Suecia).

Referencias cruzadas

- Los establecimientos cuya actividad principal es la atención predominantemente ambulatoria de problemas de salud mental y adicciones se clasifican en HP.3.4.2, Centros ambulatorios de salud mental y adicciones.
- Los establecimientos con categoría de hospital que brindan principalmente atención hospitalaria a quienes sufren trastornos de salud mental o adicciones, mediante tratamiento y vigilancia médicos, se clasifican en HP.1.2, Hospitales de salud mental y adicciones.

HP.2.3 Establecimientos de atención residencial a la tercera edad

Este rubro está constituido por establecimientos que brindan principalmente atención residencial y personal a ancianos y otras personas que 1) no pueden valerse por sí mismas o 2) no desean vivir solas. Por lo general, las atenciones incluyen alojamiento, manutención, supervisión y asistencia en actividades de la vida diaria, como limpieza, cambio de ropas de cama, etc. En algunos casos, estos establecimientos brindan a los residentes atención medicalizada especializada en instalaciones separadas. Este rubro incluye los establecimientos de alojamiento asistido con asistencia medicalizada *in situ*. Incluye también las residencias de la tercera edad sin atención medicalizada *in situ*.

Ejemplos

- Establecimientos de alojamiento asistido
- Alojamientos para jubilados con servicios de atención domiciliaria
- Residencias de ancianos sin atención medicalizada.

HP.2.9 Los demás establecimientos de atención residencial

Este rubro incluye todos los establecimientos que brindan principalmente atención residencial (excepto Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones y Establecimientos de atención residencial a la tercera edad), que a menudo se ofrece junto con servicios de supervisión y de atención individual.

Ejemplos

- Residencias colectivas para personas con discapacidades visuales o auditivas
- Residencias colectivas para discapacitados, sin atención de enfermería.

Referencias cruzadas

- Las instalaciones residenciales de retraso mental se clasifican en HP.2.2, Establecimientos de

atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones.

- Los alojamientos para jubilados con servicios de atención domiciliaria y las residencias para la tercera edad no medicalizadas se clasifican en HP.2.3, Establecimientos de atención residencial a la tercera edad.
- Los establecimientos que brindan principalmente atención medicalizada y servicios de rehabilitación a pacientes internos, se clasifican en HP.2.1, Establecimientos de atención medicalizada.

HP.3 Proveedores de atención ambulatoria

Este rubro comprende los establecimientos cuya actividad se centra en brindar servicios de atención de la salud directamente a pacientes externos que no requieren hospitalización. Incluye los establecimientos especializados en el tratamiento de pacientes en hospitalización de día y en la prestación de atención domiciliaria. Por consiguiente, estas entidades no suelen ofrecer servicios hospitalarios con estancias nocturnas. Los profesionales sanitarios que prestan servicios ambulatorios atienden, por lo general, a pacientes que acuden a su consulta, salvo algunos trastornos pediátricos y geriátricos.

HP.3.1 Consultorios médicos

Este rubro está constituido por establecimientos de profesionales sanitarios licenciados en medicina o con una capacitación equivalente (CIUO-88, cuarto nivel) que se dedican principalmente a la práctica independiente de la medicina general o especializada (incluyendo la psiquiatría, el psicoanálisis, la osteopatía y la homeopatía) o la cirugía. Estos profesionales ejercen la medicina en sus consultorios privados individuales o de grupo (por ejemplo, centros de atención o clínicas) o en locales ajenos, como hospitales o centros médicos pertenecientes a organizaciones de gestión sanitaria del tipo *health maintenance organization*, HMO.

Ejemplos

- Médicos generalistas en consultorios particulares
- Especialistas diversos en consultorios particulares
- Establecimientos de tipo clínica médica que atienden principalmente a pacientes ambulatorios (Corea, Japón).

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, Centros de atención ambulatoria.

HP.3.2 Consultorios odontológicos

Este rubro está constituido por establecimientos de profesionales sanitarios licenciados en odontología o con una capacitación equivalente (CIUO-88, cuarto nivel) que se dedican principalmente a la práctica independiente de la odontología o la estomatología general o especializada. Estos profesionales ejercen en sus consultorios privados individuales o de grupo (por ejemplo, centros de atención o clínicas) o en locales ajenos, como hospitales o centros médicos pertenecientes a organizaciones del tipo HMO. Pueden prestar tanto atención preventiva, como estética o de urgencia, o bien especializarse en un campo específico de la odontología.

Referencias cruzadas

- Los laboratorios dentales dedicados principalmente a confeccionar dentaduras, prótesis y aparatos de ortodoncia por encargo de dentistas, se clasifican en HP.4.4, Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas).
- Los establecimientos de higienistas dentales dedicados principalmente a la limpieza de dientes y encías o los establecimientos de

protésicos dentales dedicados principalmente a tomar impresiones e instalar dentaduras se clasifican en HP.3.3, Consultorios de otros profesionales de salud.

HP.3.3 Consultorios de otros profesionales de salud

Este rubro comprende los establecimientos de profesionales sanitarios independientes (excepto médicos y dentistas), como quiroprácticos, optometristas, especialistas en salud mental, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, que atienden principalmente a pacientes ambulatorios. Estos profesionales ejercen en sus consultorios privados individuales o de grupo (por ejemplo, centros de atención o clínicas) o en locales ajenos, como hospitales o centros médicos pertenecientes a organizaciones del tipo HMO.

Nota: Este rubro incluye profesionales paramédicos que proporcionan “medicina tradicional” sin aprobación médica. Para poder ofrecer servicios de profesional paramédico, en muchos países se considera necesaria alguna forma de registro legal y licencia (que implique algún control, así sea mínimo, sobre el contenido de la atención prestada).

Ejemplos

- Enfermeras
- Acupunturistas (excepto médicos)
- Quiroprácticos
- Fisioterapeutas y terapeutas físicos
- Terapeutas ocupacionales y del habla
- Audiólogos
- Higienistas dentales
- Protésicos dentales
- Dietistas
- Homeópatas (excepto médicos)
- Inhaloterapeutas o terapeutas respiratorios
- Comadronas
- Naturópatas (excepto médicos)
- Podiatras

- Enfermeras tituladas o auxiliares de clínica
- Expertos en medicina china y otras formas de medicina tradicional; la licencia oficial puede no ser criterio forzoso para el reconocimiento como profesionales de salud en países donde estas formas de medicina han sido parte integrante de la práctica médica.
- Expertos en medicina oriental (tradicional) (Corea).

Referencias cruzadas

- Los médicos y los especialistas en salud mental se clasifican en HP.3.1, Consultorios médicos.
- Los odontólogos se clasifican en HP.3.2, Consultorios odontológicos.
- La práctica independiente de servicios de atención domiciliar se clasifica en HP.3.6, Proveedores de atención domiciliar.

HP.3.4 Centros de atención ambulatoria

Este rubro 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. Generalmente, estos establecimientos atienden a pacientes que no requieren hospitalización.

HP.3.4.1 Centros de planificación familiar

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

Ejemplos

- Centros de asesoría sobre el embarazo
- Clínicas de control de la natalidad

- Cursos de preparación para el parto
- Clínicas de fecundidad.

HP.3.4.2 Centros ambulatorios de salud mental y adicciones

Este rubro 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. Por lo general, estos establecimientos atienden a pacientes que no requieren hospitalización. Pueden tener personal que brinda asesoría 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)
- Centros y clínicas ambulatorias de desintoxicación (excepto hospitales)
- Centros y clínicas ambulatorias para el tratamiento de la drogadicción (excepto hospitales)
- Centros y clínicas ambulatorias de salud mental (excepto hospitales)
- Centros y clínicas ambulatorias para el tratamiento de adicciones (excepto hospitales).

Referencias cruzadas

- Los hospitales que brindan principalmente atención hospitalaria a quienes sufren trastornos de salud mental o adicciones, mediante tratamiento y vigilancia médicos, se clasifican en HP.1.2, Hospitales de salud mental y adicciones.
- Los establecimiento que brindan principalmente atención hospitalaria 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 atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones.

HP.3.4.3 Centros independientes de cirugía ambulatoria

Este rubro comprende establecimientos con médicos y otro personal sanitario 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, Consultorios médicos.
- Los hospitales que también ofrecen cirugía ambulatoria y servicio de urgencias se clasifican en HP.1, Hospitales.

HP.3.4.4 Centros de diálisis

Este rubro comprende establecimientos con personal médico que brindan principalmente servicios ambulatorios de diálisis renal.

HP.3.4.5 Los demás centros ambulatorios multidisciplinarios y en sociedad

Este rubro está constituido por establecimientos con personal médico que ofrecen principalmente atención ambulatoria general o especializada (excepto centros de planificación familiar, centros ambulatorios de salud mental y adicciones, centros independientes de cirugía ambulatoria y centros y clínicas de diálisis renal). Este rubro incluye centros o clínicas de profesionales con grados distintos de más de una especialidad que ejercen dentro del mismo local (por ejemplo, médicos y dentistas).

Nota: Incluye clínicas y centros médicos de organizaciones de gestión sanitaria del tipo *health maintenance organization*, HMO. Los centros médicos del tipo HMO comprenden establecimientos con médicos u otro personal sanitario que brindan principalmente una serie de servicios ambulatorios a los afiliados a la organización de

gestión sanitaria, generalmente con un enfoque de atención primaria. Estos establecimientos son propiedad de la HMO. Quedan incluidos los establecimientos de HMO que proporcionan tanto servicios de salud como pólizas de seguro médico y de salud. Están incluidos los centros colectivos de atención integral que proveen servicios tanto hospitalarios como ambulatorios, pero cuya actividad principal son estos últimos.

Ejemplos

- Centros y clínicas colectivos ambulatorios
- Policlínicas ambulatorias multidisciplinarias
- Centros y clínicas médicos multidisciplinarios de HMO.

Referencias cruzadas

- Los centros médicos sin cita previa se clasifican en HP.3.1, Consultorios médicos.
- Los centros y clínicas de profesionales sanitarios que ejercen principalmente de forma independiente se clasifican en HP.3.1 Consultorios médicos, HP.3.2, Consultorios odontológicos y HP.3.3, Consultorios de otros profesionales de salud.
- Los establecimientos de HMO (excepto los que brindan atención de la salud) que principalmente promueven pólizas de seguros médicos y de salud, se clasifican en HP.6, Administración general de la salud y los seguros médicos.

HP.3.4.9 Los demás centros ambulatorios públicos e integrados de atención

Este rubro está constituido por establecimientos con personal sanitario que brindan principalmente atención ambulatoria general o especializada (excepto centros de planificación familiar, centros ambulatorios de salud mental y adicciones, centros independientes de cirugía ambulatoria, y centros y clínicas de diálisis renal) cuyo enfoque no es de atención multidisciplinaria.

Referencias cruzadas

- Los centros o clínicas de profesionales sanitarios con distintos títulos de una o más es-

pecialidades que ejercen en el mismo establecimiento (por ejemplo, médicos y dentistas) se clasifican en HP.3.4.5, Los demás centros ambulatorios multidisciplinarios y en sociedad.

HP.3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico

Este rubro está constituido por establecimientos que brindan principalmente servicios de análisis o diagnóstico, incluido análisis de líquidos corporales e imaginología diagnóstica, por lo general para la profesión médica o el paciente que acude remitido por un profesional sanitario.

Ejemplos

- Centros de imaginología diagnóstica
- Laboratorios de radiología dental o médica
- Laboratorios de pruebas médicas
- Laboratorios de patología médica
- Laboratorios de medicina forense.

Referencias cruzadas

Los establecimientos como los laboratorios dentales, de optometría y ortopédicos que brindan principalmente los siguientes servicios a la profesión médica: fabricación de dentaduras, prótesis y aparatos de ortodoncia por prescripción; graduación de lentes por prescripción; fabricación de aparatos ortopédicos o protéticos por prescripción, se clasifican en HP.4, Minoristas y otros proveedores de productos médicos.

HP.3.6 Proveedores de atención domiciliaria

Este rubro consiste en establecimientos que ofrecen principalmente servicios medicalizados profesionales a domicilio, complementados por alguna de las actividades siguientes: servicios de cuidados personales, ayuda domiciliaria y compañía, fisioterapia, servicios sociales médicos, medicamentos, equipos y suministros médicos, asesoría, atención domiciliaria las 24 horas, terapia ocupacional y vocacional, servicios de

dietética y nutrición, logopedia; audiología, y atenciones de alta tecnología, como terapia intravenosa.

Ejemplos

- Servicios públicos de enfermería y servicios medicalizados 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.

HP.3.9 Los demás proveedores de atención ambulatoria

Este rubro comprende una serie de establecimientos que brindan principalmente servicios de salud ambulatorios (excepto consultorios médicos, odontológicos y de otros profesionales sanitarios; centros de atención ambulatoria; laboratorios médicos y centros de imaginología diagnóstica; y proveedores de atención domiciliaria).

HP.3.9.1 Servicios de ambulancia

Este rubro está constituido por establecimientos dedicados principalmente al transporte terrestre o aéreo de pacientes, junto con atención de la salud. Estos servicios se ofrecen frecuentemente durante emergencias médicas, pero no se limitan a ellas. Los vehículos están provistos de equipos de apoyo vital manejados por personal con capacitación médica.

Nota: Este rubro incluye los servicios de ambulancia en tiempos de paz y en situaciones no catastróficas, prestados por el ejército, la policía o los bomberos.

Referencias cruzadas

Los establecimientos que brindan principalmente transporte para pacientes discapacitados o ancianos (sin dar atención de la salud, como pueden ser las empresas de taxis) se clasifican en HP.7, Las demás ramas de actividad.

HP.3.9.2 Bancos de sangre y órganos

Este rubro está constituido por instituciones que se ocupan principalmente de la obtención, el almacenamiento y la distribución de sangre y hemoderivados, y el almacenamiento y la distribución de órganos.

Ejemplos

- Centros de donación de sangre.

HP.3.9.9 Los demás proveedores de servicios de atención ambulatoria

Este rubro comprende los establecimientos que brindan principalmente servicios de salud ambulatorios (excepto consultorios médicos, odontológicos y de otros profesionales de salud; centros de atención ambulatoria; laboratorios médicos y de diagnóstico; proveedores de atención domiciliaria; ambulancias; y bancos de sangre y órganos).

Ejemplos

- Servicios de detección inicial de enfermedades (excepto consultorios de profesionales sanitarios)
- Servicios de pruebas de audición (excepto consultorios de audiólogos)
- Servicios de control de marcapasos
- Servicios de evaluación del estado físico (excepto los hechos por consultorios de profesionales sanitarios)
- Programas para dejar de fumar.

HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos

Este rubro comprende los establecimientos que se dedican principalmente a la venta al detalle de productos médicos al público en general para consumo o utilización individual o de los hogares. Incluye también establecimientos cuya actividad principal es la fabricación de productos médicos 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.

HP.4.1 Farmacias

Este rubro comprende los establecimientos que se dedican principalmente a la venta al detalle de productos farmacéuticos al público en general, para consumo o utilización individual o de los hogares. Los casos en que intervenga el procesamiento de productos farmacéuticos deben ser solo parte incidental de la venta. Esto incluye medicamentos de prescripción y de venta libre.

Ejemplos

- Farmacias públicas.

Referencias cruzadas

- Las farmacias de hospitales que atienden a pacientes principalmente ambulatorios se consideran parte de los establecimientos clasificados en HP.1, Hospitales.
- Los dispensarios especializados, donde el control continuo del medicamento y el tratamiento desempeña un papel importante (como en el caso de pacientes diabéticos), se clasifican en HP.3.4, Centros de atención ambulatoria.

HP.4.2 Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos

Este rubro comprende los establecimientos que se dedican principalmente a la venta de lentes y otros productos ópticos al público en general, para consumo o utilización individual o de los hogares. Incluye la instalación y reparación efectuadas en combinación con la venta de lentes y otros productos ópticos.

HP.4.3 Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas

Este rubro comprende los establecimientos que se dedican principalmente a la venta de ayudas auditivas al público en general, para consumo o utilización individual o de los hogares. Incluye la

instalación y reparación efectuadas en combinación con la venta de ayudas auditivas.

HP.4.4 Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas)

Este rubro comprende los establecimientos que se dedican principalmente a la venta de accesorios médicos que no sean ayudas ópticas y auditivas al público en general, de prescripción o de venta libre, para consumo o utilización individual o de los hogares. Quedan incluidos los establecimientos que se dedican principalmente a la fabricación de accesorios médicos, cuya instalación y reparación se hace normalmente en combinación con la fabricación de accesorios médicos.

HP.4.9 Las demás formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos

Este rubro comprende los establecimientos que se dedican a la venta al detalle de otros productos médicos diversos al público en general, para consumo o utilización individual o de los hogares. Quedan incluidas las ventas no efectuadas en tiendas, como las que se realizan por vía electrónica o por correo.

Ejemplos

- Venta de líquidos (por ejemplo, para diálisis domiciliaria)
- Las demás tiendas de salud y cuidado personal
- Las demás tiendas de productos farmacéuticos y médicos
- Centros de venta electrónica y por correo postal especializados en productos médicos.

HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública

Este rubro comprende la gestión y el suministro de programas de salud pública, tanto por las administraciones públicas como por la iniciativa pri-

vada, como los programas de promoción y protección de la salud.

Ejemplos

- Suministro y administración de programas de salud pública por las administraciones públicas (como parte de la clase 7512 de la CIIU)
- Secretarías o departamentos de salud pública (Estados Unidos: agencia local de salud).

HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos

Este rubro comprende las entidades que se encargan principalmente de la regulación de las actividades de los organismos que proporcionan atención de la salud, de la administración general de las políticas de salud y de la administración de los seguros médicos.

Nota: La función y la definición de los seguros médicos y otras formas de financiación de la atención de la salud se presentan con mayor detalle en los capítulos 6 y 11.

HP.6.1 Administración de la salud por las administraciones públicas

Este rubro comprende la administración a cargo de las administraciones públicas (excepto la seguridad social) principalmente en lo referente a la elaboración y gestión de la política pública en materia de salud y a la instauración y aplicación de normas para el personal médico y paramédico y para los hospitales, clínicas, etc., incluidas la regulación y autorización de los proveedores de servicios de salud.

Ejemplos

- Ministerio de Sanidad
- Comisión de sanidad
- Organismos reguladores de alimentos y productos farmacéuticos
- Organismos reguladores de la seguridad en el lugar de trabajo.

Referencias cruzadas

Los organismos de las administraciones públicas dedicados principalmente a prestar servicios de salud pública, aun cuando predomine el carácter colectivo (vigilancia o higiene) se clasifican en HP.5, Suministro y administración de programas de salud pública.

HP.6.2 Administraciones de seguridad social

Este rubro comprende la financiación y administración por las administraciones públicas de programas de seguridad social obligatorios que compensan la pérdida o la escasez de ingresos por causa de enfermedad (como parte de la clase 7530 de la CIIU).

Ejemplos

- Administración de seguros sociales y fondos de enfermedad obligatorios
- Administración de fondos de enfermedad obligatorios de los empleadores
- Administración de seguros sociales de enfermedad obligatorios que cubren a diversos grupos de trabajadores del estado (militares, veteranos, empleados de ferrocarriles y demás transporte público, policía, funcionarios públicos, etc.).

HP.6.3 Otros seguros sociales

Este rubro comprende la financiación y administración de seguros sociales de enfermedad (excepto programas de seguridad social obligatorios de las administraciones públicas).

Ejemplos

- Administración de seguros sociales y fondos de enfermedad privados
- Administración de seguros sociales complementarios (por ejemplo, mutualidades)
- Administración de programas de seguros sociales de enfermedad de empleadores (excepto seguridad social pública y programas de sa-

lud para asalariados de las administraciones públicas).

HP.6.4 Otros seguros (privados)

Este rubro comprende los seguros de enfermedad distintos de las administraciones de seguridad social y otros seguros sociales (como parte de la clase 6603 de la CIIU). 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; como parte de la clase 6720 de la CIIU).

HP.6.9 Los demás proveedores de administración de la salud

Este rubro incluye los establecimientos privados que se dedican principalmente a la administración de la salud (excepto seguros sociales privados).

HP.7 Las demás ramas de actividad (resto de la economía)

Este rubro está constituido por las ramas de actividad no clasificadas en otros rubros y que proporcionan atención de la salud como productores secundarios u otros productores. Quedan incluidos los productores de medicina del trabajo y la atención domiciliaria a cargo de los hogares (en el capítulo 5 se dan las definiciones y normas contables correspondientes para estos rubros específicos).

Ejemplos

- Servicios de medicina del trabajo no prestados en establecimientos de atención de la salud (todas las ramas de actividad)
- Servicios de medicina militar no prestados en establecimientos de atención de la salud
- Servicios de medicina penitenciaria no prestados en establecimientos de atención de la salud
- Servicios de medicina escolar.

HP.7.1 Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo

Este rubro comprende los establecimientos que prestan servicios de medicina del trabajo como producción auxiliar (en el capítulo 5 se dan las definiciones y normas contables correspondientes).

HP.7.2 Hogares como proveedores de atención domiciliaria

Este rubro comprende los hogares como proveedores de atención domiciliaria (en el capítulo 5 se dan las definiciones y normas contables correspondientes).

HP.7.9 Las demás ramas de actividad como productoras secundarias de atención de la salud

Este rubro contiene todas las demás ramas de actividad proveedoras de atención de la salud como productores secundarios u otros productores de atención de la salud.

Ejemplos

- Servicios de medicina militar no prestados en establecimientos de atención de la salud
- Servicios de medicina penitenciaria no prestados en establecimientos de atención de la salud
- Servicios de medicina escolar.

HP.9 Resto del mundo

Este rubro comprende todas las unidades no residentes que prestan servicios de atención de la salud para uso final de las unidades residentes.

ANEXO 10.1. CLASIFICACIÓN CRUZADA DE LA ICHA-HP Y LA CIU, Rev. 3

En la tabla 10.2 se hace la clasificación cruzada de la ICHA-HP con la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIU, Rev. 3). Muchos de los proveedores de HP.2 son casos límite de la atención de la salud.

Tabla 10.2. Clasificación cruzada de la ICHA-HP y las clases de la CIU, Rev. 3

Código ICHA-HP	Descripción	Clase CIU
HP.1	Hospitales	
HP.1.1	Hospitales generales	8511
HP.1.2	Hospitales de salud mental y adicciones	8511
HP.1.3	Hospitales de especialidades (excepto salud mental y adicciones)	8511
HP.2	Establecimientos de atención medicalizada y residencial	
HP.2.1	Establecimientos de atención medicalizada	8519/8531
HP.2.2	Establecimientos de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones	8519/8531
HP.2.3	Establecimientos de atención residencial a la tercera edad	8519/8531
HP.2.9	Los demás establecimientos de atención residencial	8519/8531
HP.3	Proveedores de atención ambulatoria	
HP.3.1	Consultorios médicos	8512
HP.3.2	Consultorios odontológicos	8512
HP.3.3	Consultorios de otros profesionales de salud	8519
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	8519
HP.3.4.1	Centros de planificación familiar	8519
HP.3.4.2	Centros ambulatorios de salud mental y adicciones	8519
HP.3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria	8519
HP.3.4.4	Centros de diálisis	8519
HP.3.4.5	Los demás centros ambulatorios multidisciplinarios y en sociedad	8519/8531
HP.3.4.9	Los demás servicios de asistencia ambulatoria	8519/8531

Tabla 10.2. **Clasificación cruzada de la ICHA-HP y las clases de la CIU, Rev. 3 (cont.)**

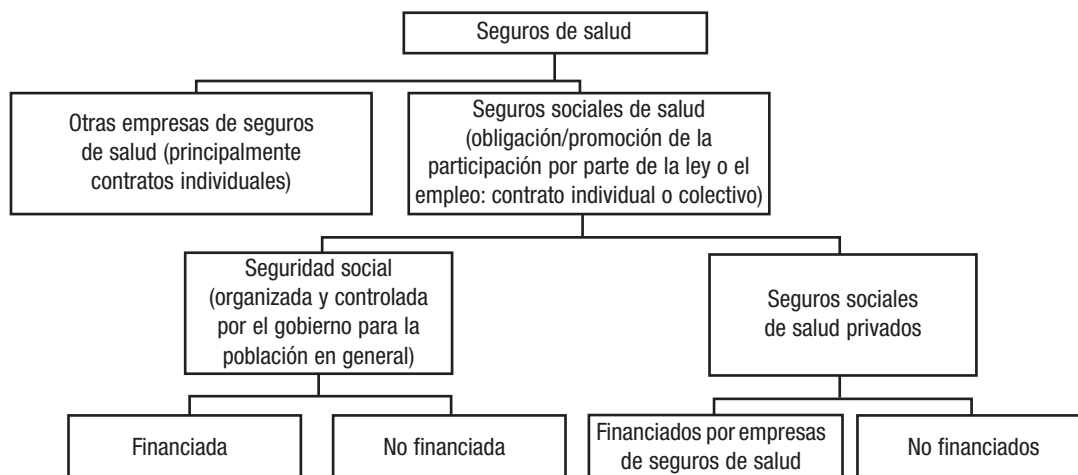
Código ICHA-HP	Descripción	Clase CIU
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	8519
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	8519/8531
HP.3.9	Los demás centros de atención ambulatoria	8519
HP.3.9.1	Servicios de ambulancia	8519
HP.3.9.2	Bancos de sangre y órganos	8519
HP.3.9.9	Los demás servicios de atención ambulatoria	8519
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	
HP.4.1	Farmacias	5231
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de lentes y otros productos ópticos	5239
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de ayudas auditivas	5239
HP.4.4	Minoristas y otros proveedores de accesorios médicos (excepto ayudas visuales y auditivas)	5239
HP.4.9	Las demás formas de venta y proveedores de productos farmacéuticos y médicos	5231/5239
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	
HP.6	Administración de la salud y los seguros médicos	
HP.6.1	Administración de la salud por las administraciones públicas	7512
HP.6.2	Administraciones de seguridad social	7530
HP.6.3	Otros seguros sociales	–
HP.6.4	Otros seguros (privados)	6603
HP.6.9	Los demás proveedores de administración de la salud	–
HP.7	Las demás ramas de actividad (resto de la economía)	–
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo	–
HP.7.2	Hogares como proveedores de atención domiciliaria	–
HP.7.9	Las demás ramas de actividad como productores secundarios de atención de la salud	–

11. CLASIFICACIÓN DE LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD (ICHA-HF)

INTRODUCCIÓN

- 11.1. El estudio de la financiación de la atención de la salud en las cuentas de salud se inicia con la división sectorial básica de las cuentas nacionales, esto es, organismos de las administraciones públicas y seguros públicos y privados. En la tabla 11.1 se muestra la clasificación propuesta de las fuentes de financiación ICHA-HF. Se recomienda aplicar las directrices del SCN 93 para la asignación de las fuentes de financiación a las categorías de la clasificación ICHA-HF. La consulta entre los estadísticos encargados del SCS y sus colegas de la contabilidad nacional garantizará que las fuentes de financiación se distribuyan de la misma forma en los dos sistemas de notificación.
- 11.2. Cuando se registra el consumo en términos de gasto, el propósito es identificar las unidades institucionales que efectúan ese gasto y, por tanto, controlan y financian sus importes. El primer paso hacia una clasificación cruzada del gasto en salud y de su financiación será recalcar algunas definiciones básicas de las cuentas nacionales y su aplicación al gasto total en salud y sus componentes.
- 11.3. La clasificación ICHA-HF sigue los primeros tres niveles del árbol de decisiones para clasificar los seguros de salud (gráfico 11.1). Existe una distinción básica entre los seguros médicos correspondientes a sistemas de seguros sociales y otros tipos de seguros médicos. Los seguros sociales pueden ser organizados y controlados por las administraciones públicas a distintos niveles, o por el sector privado. La ICHA-HF no distingue entre seguros con constitución de reservas y seguros sin constitución de reservas, aunque estas dos formas de seguros pueden tener métodos distintos de estimación (véanse más detalles en el anexo IV del SCN 93).

Gráfico 11.1. Clasificación de los seguros médicos en el SCS



SEGUROS SOCIALES Y SEGURIDAD SOCIAL

- 11.4. Los seguros médicos sociales tienen diversas formas institucionales, en función de las reglamentaciones que rigen los diferentes sistemas. Además, no siempre es fácil marcar una línea divisoria bien definida entre los seguros médicos sociales y los seguros médicos privados con o sin constitución de reservas. Las directrices para establecer estas distinciones se proporcionan en el anexo IV del SCN 93.
- 11.5. Los *seguros médicos sociales* son aquellos a los que el asegurado es obligado o alentado a suscribirse por la intervención de un tercero. Por ejemplo, las administraciones públicas pueden obligar a todos los asalariados a inscribirse en un sistema de seguridad social; los empleadores pueden condicionar el empleo a la inscripción de los asalariados en un seguro específico; los empleadores pueden alentar a los asalariados a que participen en un sistema de seguro cotizando en su nombre; o un sindicato puede acordar una cobertura de seguro ventajosa para sus miembros. Por lo general, las cotizaciones a los sistemas de seguros sociales se pagan en nombre de los asalariados, aunque en ciertas condiciones pueden cubrir a desempleados o trabajadores autónomos.
- 11.6. Un sistema de seguro se denomina régimen de seguro social si cumple por lo menos una de las condiciones siguientes (véase el apartado 4.111 del anexo IV del SCN 93):
- la participación en el sistema es obligatoria, ya sea por ley o por las condiciones de empleo; o bien,
 - el sistema se gestiona en nombre de un grupo de miembros y está limitado a éstos; o bien,
 - un empleador cotiza al sistema en nombre de un asalariado.

11. CLASIFICACIÓN DE LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD (ICHA-HF)

- 11.7. Las administraciones de seguridad social son sistemas de seguros sociales que cubren a la sociedad en su conjunto o a grandes sectores de ella y que son impuestos y controlados por una unidad de las administraciones públicas. Por lo general suponen cotizaciones obligatorias de los asalariados, los empleadores, o ambos, y los términos que rigen el pago de prestaciones a los beneficiarios son establecidos por una unidad de las administraciones públicas. Es necesario distinguir entre las administraciones de seguridad social y otros sistemas de seguros sociales elegidos por mutuo acuerdo entre los asalariados y sus empleadores.
- 11.8. Las administraciones de seguridad social pueden distinguirse por el hecho de que se organizan por separado de las demás actividades de las unidades de las administraciones públicas y son poseedoras de sus activos y pasivos con independencia de estas últimas. Son unidades institucionales independientes porque son fondos autónomos, tienen sus propios activos y pasivos y realizan operaciones financieras por cuenta propia. Los montos recaudados y pagados en forma de cotizaciones y prestaciones de seguridad social pueden modificarse deliberadamente para alcanzar objetivos de política pública que no guarden relación directa con el concepto de seguridad social como sistema que proporciona prestaciones sociales a los miembros de la comunidad (véase el apartado 4.112 del anexo IV del SCN 93).
- 11.9. Cabe recalcar que el SCS recomienda seguir las normas del SCN 93 respecto al tratamiento de los sistemas establecidos por las administraciones públicas únicamente para sus asalariados. Estos sistemas no se consideran administraciones de seguridad social.

Tabla 11.1. Clasificación de la financiación de la atención de la salud (ICHA-HF): nivel de tres dígitos

Código ICHA	Fuentes de financiación
HF.1	Administraciones públicas
HF.1.1	Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social
HF.1.1.1	Administración central
HF.1.1.2	Administraciones regionales/provinciales
HF.1.1.3	Administraciones locales/municipales
HF.1.2	Administraciones de seguridad social
HF.2	Sector privado
HF.2.1	Seguros sociales privados
HF.2.2	Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales)
HF.2.3	Pagos directos de los hogares
HF.2.3.1	Pagos directos, excluidos los costos compartidos
HF.2.3.2	Costos compartidos: administración central
HF.2.3.3	Costos compartidos: administraciones regionales/provinciales
HF.2.3.4	Costos compartidos: administraciones locales/municipales
HF.2.3.5	Costos compartidos: administraciones de seguridad social
HF.2.3.6	Costos compartidos: seguros sociales privados
HF.2.3.7	Costos compartidos: otros seguros privados
HF.2.3.9	Los demás costos compartidos
HF.2.4	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)
HF.2.5	Sociedades (excepto seguros médicos)
HF.3	Resto del mundo

NOTAS EXPLICATIVAS DE LA CLASIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN (ICHA-HF)

HF.1 Administraciones públicas

Este rubro comprende todas las unidades institucionales de la administración central, regional o local y las administraciones de seguridad social en todos los niveles de la administración. Incluye las instituciones sin fines de lucro no de mercado controladas y financiadas principalmente por unidades de las administraciones públicas.

Nota: Véanse los apartados 4.113 a 4.130 del SCN 93 para hallar definiciones y directrices más detalladas para distribuir por sectores las unidades financiadoras en la ICHA-HF.

HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social

Este rubro comprende todas las unidades institucionales de las administraciones central, regional y local. Se incluyen las instituciones sin fines de lucro no de mercado controladas y financiadas principalmente por unidades de las administraciones públicas (véase el apartado 4.113 del SCN 93).

Nota: La importancia de la financiación de la atención de la salud a cargo de los presupuestos del Estado depende de la organización básica del sistema de salud de cada país. Los presupuestos del Estado constituyen la principal fuente de financiación de los servicios de salud en los sistemas altamente integrados, donde son organismos de las administraciones públicas, a escala nacional y regional, los directamente encargados tanto de la financiación como de la producción de servicios de salud. La parte de la financiación pública suele ser menos importante en países donde el sistema de salud es del tipo “seguros sociales”, donde las administraciones de seguridad social hacen las veces de fuentes de financiación intermediarias.

En todos los países de la OCDE corresponde a las administraciones públicas por lo menos una parte de la financiación de la atención de la salud para beneficiar a sectores específicos de la población (ancianos, desempleados, jubilados, personas que viven de la asistencia social, etc.). Los organismos de las administraciones públicas cumplen también una función importante en lo referente a la atención de la salud mediante las subvenciones a los proveedores y la financiación de la formación de capital de las instituciones proveedoras que son de propiedad pública.

HF.1.1.1 Administración central

Este rubro comprende todas las unidades institucionales que conforman la administración central, más las ISFL controladas y financiadas principalmente por la administración central (véanse los apartados 4.117 a 4.122 del SCN 93).

HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales

El subsector de las administraciones regionales/provinciales está constituido por las administraciones regionales que son unidades institucionales diferenciadas, más las ISFL controladas y financiadas principalmente por ellas. Las “regiones” y las “provincias” pueden tener diversas denominaciones en los diferentes países. En los países pequeños pueden no existir regiones/provincias ni administraciones públicas regionales/provinciales (véanse los apartados 4.123 a 4.127 del SCN 93).

HF.1.1.3 Administraciones locales/municipales

El subsector de las administraciones locales/municipales está constituido por las administraciones locales que son unidades institucionales diferenciadas, más las ISFL controladas y financiadas principalmente por ellas. En principio, las unidades que integran el subsector son unidades institucionales cuya potestad fiscal, legislativa y ejecutiva se extiende a las zonas geográficas de menor dimensión establecidas a efectos administrativos y políticos (véase el apartado 4.128 del SCN 93).

Nota: Las unidades de las administraciones locales pueden tener diversas denominaciones en los diferentes países. Entre los términos alternativos se encuentran “municipalidades” o “condados”. Las unidades de las administraciones locales que proporcionan servicios de atención de la salud no de mercado constituyen parte integrante de la unidad de la administración local a la que pertenecen (véase el apartado 4.129 del SCN 93).

HF.1.2 Administraciones de seguridad social

El subsector de las administraciones de seguridad social está formado por las administraciones de seguridad social que operan en todos los niveles de las administraciones públicas. Las administraciones de seguridad social son sistemas de seguridad social que cubren a la comunidad en su conjunto o a grandes sectores de la misma, que son impuestos y controlados por unidades de las administraciones públicas (véase el apartado 4.130 del SCN 93).

Nota: En el texto introductorio del capítulo se encontrarán definiciones y directrices más detalladas para el tratamiento de las administraciones de seguridad social y otros seguros sociales.

HF.2 Sector privado

Este sector comprende todas las unidades institucionales residentes que no pertenecen al sector de las administraciones públicas.

Nota: Para obtener un desglose del gasto en salud por fuente de financiación, se recomienda distinguir entre, por lo menos, los cinco subsectores siguientes: seguros sociales privados, empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales), pagos directos de los hogares, ISFLSH y sociedades (excepto seguros médicos).

HF.2.1 Seguros sociales privados

Este subsector comprende todos los fondos de seguros sociales distintos de las administraciones de seguridad social.

Incluye: sistemas establecidos por las administraciones públicas exclusivamente para sus asalariados.

Nota: En la introducción del presente capítulo se dan mayores detalles respecto a la definición de los seguros sociales.

HF.2.2 Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales)

Este subsector comprende todas las empresas de seguro privadas distintas de los seguros sociales.

Nota: Este subsector comprende los sistemas de seguro tanto con fines de lucro como sin fines de lucro, excepto los seguros sociales. En la introducción del presente capítulo figura la definición de los sistemas de seguros sociales y en el capítulo 6 figuran las diferencias en el registro de las cotizaciones y las primas de seguro de la seguridad social y de otros seguros (privados).

HF.2.3 Pagos directos de los hogares

La definición de hogar que adoptan los estadísticos que realizan las encuestas, que están familiarizados con las condiciones socioeconómicas en un determinado país, es probable que se aproxime bastante al concepto de hogar tal como se define en el SCN. Por consiguiente, en la mayor parte de los casos será también apropiada para las necesidades de las cuentas de salud (véase el apartado 4.134 del SCN 93).

Nota: Las definiciones siguientes son pertinentes para un desglose más detallado de los pagos directos de los hogares (adaptadas del glosario de la OECD, 1992):

- *Pagos directos*: los que realiza directamente el paciente sin intervención de un seguro. Incluyen los costos compartidos y los pagos informales a los proveedores de servicios de salud.
- *Costos compartidos*: disposición de los seguros médicos o de los sistemas de pago por terceros en virtud de la cual el beneficiario paga una parte del costo del servicio recibido. Los costos compartidos difieren del pago de primas de seguros médicos, cotizaciones o impuestos, que se efectúa independientemente de que se reciban servicios de atención de la salud o no. Los costos compartidos pueden consistir en una franquicia, un seguro compartido o una participación en costos.
- *Participación en costos*: costos compartidos en forma de una cantidad a tanto alzado que se paga por un servicio.
- *Seguro compartido*: costos compartidos en forma de una cantidad proporcional del costo de un servicio. En Francia y Bélgica, "ticket modérateur".
- *Franquicias*: costos compartidos en forma de una cantidad fija que debe pagarse por un servicio antes de recibir cualquier prestación.

Hoy en día, la financiación privada es el componente de la financiación de la atención de la salud cuyos datos son menos fiables (principalmente por la incertidumbre respecto al monto de los pagos directos a los proveedores de atención de la salud y las farmacias) y es también una de las principales fuentes de error en la estimación del gasto total en salud de muchos países. Por consiguiente, las fuentes de información para un desglose detallado de la financiación mediante pagos directos de los hogares son uno de los puntos débiles de las cuentas de salud existentes en muchos países. Por este motivo, se recomienda hacer encuestas periódicas más específicas a los hogares, para ras- trear el gasto privado.

HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)

Las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH) son aquellas que ofrecen bienes y servicios a los hogares gratuitamente o a precios económicamente no significativos (véase el apartado 4.64 del SCN 93).

Nota: De particular interés como fuentes de financiación de la atención de la salud son las instituciones benéficas y las organizaciones de asistencia o ayuda creadas con fines filantrópicos y que no están al servicio de los miembros de la asociación que las controla. Estas ISFLSH pueden proporcionar a los hogares necesitados, incluidos los afectados por desastres naturales o guerras, bienes y servicios no de mercado de atención de la salud. Los recursos de estas ISFLSH provienen principalmente de donaciones en efectivo o en especie de los ciudadanos, las sociedades, o las administraciones públicas. Sus recursos los pueden obtener también en forma de transferencias de no residentes, incluidas ISFLSH análogas residentes en otros países (véase el apartado 4.67 del SCN 93).

HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)

Este subsector comprende todas las sociedades y cuasisociedades cuya principal actividad es la producción de bienes o servicios de mercado (excepto seguros médicos). Incluye todas las instituciones sin fines de lucro residentes que son productoras de mercado de bienes o servicios no financieros (véase el apartado 4.68 del SCN 93).

HF.3 Resto del mundo

Este rubro comprende las unidades institucionales que residen en el extranjero.

11. CLASIFICACIÓN DE LA FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD (ICHA-HF)

Nota: Los flujos de financiación entre la economía nacional y el resto del mundo pertinentes para las cuentas de salud son las transferencias relacionadas con la cooperación internacional corriente (por ejemplo, ayuda exterior) y las primas e indemnizaciones de seguros privados. La importación de servicios de atención de la salud por los hogares que viajan al extranjero se registra en el rubro HF.2.3, Hogares.

ANEXOS

ANEXO A.1.

MEDICIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

INTRODUCCIÓN

Al realizar comparaciones internacionales es preciso prestar atención específica a la recogida y análisis de la información sobre los recursos humanos en la atención de la salud (RHS), con el fin de observar mejor los efectos de las recientes reformas de la atención de la salud y el rápido cambio estructural de los sistemas de salud de muchos países. La expresión *recursos humanos en la atención de la salud* (RHS) o el concepto equivalente, *personal médico y paramédico*, se refiere a la mano de obra cualificada necesaria para suministrar servicios de salud adecuados. Los criterios que se utilizan para definir los RHS son: *campo de estudio, nivel de estudios y ocupación*.

Al establecer y mantener un sistema coherente para el control de los stocks y flujos de personal sanitario a escala nacional e integrarlos en un sistema que sea capaz de mostrar las relaciones con la educación del personal sanitario, así como con las cuentas de salud, se persiguen diversos objetivos:

- relacionar los datos de la mano de obra con los datos financieros del SCS;

- planificar la educación y el empleo en el ámbito de la salud;
- establecer proyecciones de la mano de obra potencial del sector de la salud.

Para estimar el efecto del empleo en las ramas de actividad de atención de la salud y las tendencias de productividad en la prestación de servicios es indispensable establecer vínculos estadísticos entre los datos sobre personal y las cuentas de salud en términos monetarios.

Las directrices siguientes para la medición de los recursos humanos en la atención de la salud y partes esenciales de la metodología para la recogida, interpretación y análisis de las estadísticas referentes a personal sanitario se han tomado esencialmente del *Manual de Canberra* para la medición de recursos humanos en ciencia y tecnología (OECD/Eurostat, 1995), con algunas modificaciones al texto para su aplicación específica en el ámbito de la salud.

Sin embargo, cabe advertir que el concepto de los RHS definido en el presente anexo cubre solo una parte del empleo total en atención de la salud. Los

indicadores del empleo total en este sector se proporcionan a continuación (véase la tabla normalizada 10 del capítulo 2 del presente manual, así como el capítulo 4).

Fuentes de información sobre los RHS

Varias bases de datos de nacionales e internacionales contienen información acerca de los RHS. El alcance y fiabilidad de estas bases de datos varían en el tiempo y de una base a otra, como se indica en las fuentes y métodos de los *Datos de Salud de la OCDE*. El personal médico y paramédico (número de médicos, odontólogos y otros profesionales de salud) ha sido incluido en varias bases de datos internacionales. Sin embargo, la calidad de los datos difiere considerablemente. Pueden causar confusión las comparaciones internacionales no comentadas de, por ejemplo, médicos por 100 habitantes, o indicadores similares.

En muchos casos, los datos utilizados en las comparaciones internacionales proceden de los registros administrativos nacionales. Se plantea el problema de que las metodologías y clasificaciones son a menudo incompatibles y los métodos de recogida de información son aún muy diferentes. La información disponible acerca de los RHS puede verse gravemente desvirtuada cuando se obtiene de los registros de profesionales, ya que estos registros no proporcionan información suficiente acerca del número de profesionales activos, como tampoco indican el número de horas trabajadas, etc.

Alcance de los RHS: conceptos básicos

La expresión recursos humanos en la atención de la salud (RHS) o su concepto equivalente, personal médico y paramédico, se refiere a la mano de obra cualificada necesaria para suministrar servicios de salud adecuados. Los criterios que se utilizan para definir los RHS son: *campo de estudio, nivel de estudios y ocupación*.

Los RHS deben distinguirse del empleo total en las ramas de actividad de atención de la salud, que es un concepto más completo que incluye a todas las personas empleadas por las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud, pertenezcan o no a profesiones sanitarias (esto es, incluido el personal administrativo y auxiliar de la atención de la salud). Además, no todo el personal médico y paramédico está realmente empleado en la atención de la salud (o en la población activa).

Los RHS se refieren al personal médico y paramédico que desempeña real o potencialmente funciones de las categorías HC.1 a HC.7 de la clasificación ICHA como personal profesional de atención de la salud con *competencias* adquiridas a través de la *educación*, que por lo general se reconocen como *calificaciones oficiales* sancionadas por títulos o diplomas.

El ejercicio de una profesión médica o paramédica requiere también, a menudo, un procedimiento de *acreditación* o *registro*. Por ejemplo, antes de comenzar a ejercer como médico de familia es necesario someterse a diferentes formalidades legales. Los procedimientos de acreditación y registro varían considerablemente entre países. Además, una misma persona en el mismo trabajo puede verse sometida a diferentes procedimientos de registro para establecer contratos con diferentes financiadores (por ejemplo, un médico que trabaja en un consultorio privado tanto para un seguro privado como para un programa público).

Dado que, por lo general, los registros profesionales no tienen fines estadísticos, debe analizarse su calidad como fuentes de datos. Los criterios que se aplican para la acreditación no son homogéneos en los países miembros de la OCDE, y un médico que pierde su acreditación (por ejemplo, por problemas legales) en un país puede optar por emigrar a otro o tomar otro trabajo de atención de la salud de una calificación diferente (por lo general de menor jerarquía), lo que en ambos casos debe

contabilizarse en una categoría de RHS. Por este motivo, el registro (acreditación) no ha sido seleccionado como criterio estadístico al clasificar al personal en una categoría de RHS.

Los principios de medición de los RHS presentados a continuación no cubren a todas las personas que desempeñan real o potencialmente actividades de atención de la salud, sino solo a las que cuentan con un nivel mínimo de competencias. La finalidad principal es recolectar y analizar los datos referentes a las categorías RHS de nivel universitario, seguidas de las categorías RHS de nivel no universitario.

En las secciones siguientes se proponen algunos desgloses de las estadísticas de RHS y se establecen correspondencias con las clasificaciones internacionales y la clasificación de proveedores de servicios de salud de la ICHA. Los desgloses propuestos se basan en el nivel y campo de estudio de los RHS, su situación laboral, su ocupación y su rama de actividad para quienes tienen empleo. Otros criterios (edad, género, nacionalidad, etc.) pueden ser útiles para completar los datos básicos de los RHS.

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS RHS

Dos grandes criterios pueden servir para identificar los RHS: la *calificación* (personas con las calificaciones oficiales necesarias para ejercer una profesión sanitaria y con la acreditación, en su caso) y la *ocupación* (personas que ejercen actividades del ámbito de la salud al nivel adecuado). La elección entre estos criterios como dimensión primaria de análisis depende de las cuestiones examinadas. Los datos sobre la ocupación remiten a cuestiones relativas a la demanda o la utilización como, por ejemplo: “¿Cuántas personas están empleadas actualmente como RHS?” Los datos sobre la calificación son los más útiles si nos situamos en la perspectiva de la oferta y nos preguntamos, por ejemplo: “¿Cuál es la reserva potencial de personas disponibles para trabajar en

la atención de la salud?” La definición básica que se recomienda aquí se basa en la calificación.

Es importante reconocer que no todos los que poseen las calificaciones apropiadas estarán necesariamente empleados en la profesión sanitaria correspondiente. Algunos estarán inactivos (jubilados, desempleados, etc.), mientras que otros estarán ocupados en actividades no relacionadas con la atención de la salud (personal administrativo, directivos). El interés reside en establecer una distinción entre las profesiones que forman parte de una “carrera en el ámbito de la salud” y las demás.

Los RHS abarcan a las personas que han terminado con éxito un programa educativo de tercer nivel en una disciplina médica.

Los niveles de educación están definidos en la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) de la UNESCO (1996). La enseñanza terciaria cubre los estudios que conducen a la obtención de titulaciones universitarias de primer grado o superior y también otros estudios de nivel postsecundario que conducen a la obtención de titulaciones no exactamente equivalentes a las de primer grado universitario (las definiciones formales de estas categorías se dan a continuación). La finalización de un nivel de estudios permite obtener una *calificación* oficial.

La *ocupación* se define en términos del empleo o puesto que se ocupa. Un *empleo* constituye un conjunto de tareas y obligaciones que realiza (o trata de realizar) un individuo. El empleo requiere competencias que pueden adquirirse por medio de la educación o la formación durante la carrera profesional. En teoría, las personas pueden clasificarse según su empleo pasado, presente o futuro. La definición se refiere solamente a las *personas activas del momento*. Por actividad se entiende cualquier tipo de trabajo, aunque solo sea de unas pocas horas a la semana, por el que se recibe una

remuneración (trabajo asalariado) o un beneficio (trabajadores autónomos) durante un período de referencia.

Ejemplos de RHS:

- Personas con calificaciones oficiales y actividades correspondientes a los RHS:
 - médico que trabaja en un hospital;
 - enfermero calificado que trabaja en un centro de salud;
 - dentista que trabaja en consultorio propio.
- Personas con calificaciones oficiales de los RHS pero que no ejercen las actividades correspondientes:
 - médico desempleado;
 - enfermero calificado que permanece en casa para criar a sus hijos;
 - investigador con titulación universitaria de médico que trabaja para una empresa farmacéutica.

PROFESIONES SANITARIAS POR NIVEL DE EDUCACIÓN: CINE

Para obtener datos comparables internacionalmente se aplican clasificaciones normalizadas para definir la “enseñanza terciaria en el ámbito médico” y las “profesiones sanitarias”. La Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) de la UNESCO (1996) es la referencia más pertinente. Se trata de una clasificación por niveles de enseñanza y ámbitos de estudio.

Niveles de enseñanza

La CINE distingue siete niveles de enseñanza (además de una categoría residual para la enseñanza no definible por niveles), agrupados en tres grandes categorías. El nivel pertinente para la definición de los RHS es el nivel terciario de la enseñanza. Abarca las categorías 5, 6 y 7 de la CINE, que se definen de la siguiente manera:

- *Categoría CINE 5:* Primer ciclo de la enseñanza terciaria; no conduce directamente a una calificación universitaria de primer grado.

- *Categoría CINE 6:* Primer ciclo de la enseñanza terciaria; conduce a una calificación universitaria de primer grado o equivalente.
- *Categoría CINE 7:* Segundo ciclo de la enseñanza terciaria; conduce a una calificación universitaria de posgrado o equivalente.

Por tanto, la clasificación debería hacerse basándose en la calificación más alta que posea la persona:

- Las calificaciones de nivel universitario se definen como aquéllas que cubren las categorías 6 y 7 de la CINE.
- Las calificaciones de nivel no universitario se definen como aquéllas que cubren la categoría 5 de la CINE.

Los RHS pueden distribuirse en tres categorías principales, dependiendo del nivel de estudios alcanzado:

- titulaciones de escuelas paramédicas (CINE 5);
- titulaciones de departamentos de enseñanza médica o paramédica de establecimientos de enseñanza universitaria de primer y segundo ciclo (CINE 6);
- titulaciones de departamentos de enseñanza médica o biomédica de establecimientos de enseñanza universitaria de segundo y tercer ciclo (CINE 7).

Ámbitos de estudio

La CINE define las ciencias médicas como uno de los 21 ámbitos de estudio principales. Los programas médicos y relacionados con la salud son: medicina, cirugía y especialidades médicas, higiene y salud pública, fisioterapia y medicina del trabajo; enfermería, partería, técnicas de radiología y otros programas de técnicas de diagnóstico y tratamiento médico; tecnología médica, odontología, estomatología, técnicas odontológicas, farmacia, optometría y otros (UNESCO, 1996).

PROFESIONES SANITARIAS POR OCUPACIÓN: CIUO

Definición de los RHS en términos de ocupación

El punto de partida para clasificar los RHS por ocupación es la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) de la OIT (1990a). La CIUO-88 distingue diez grandes grupos de ocupaciones. Dos de estos grupos son de especial interés para los RHS: “Profesionales científicos e intelectuales” (gran grupo 2) y “Técnicos y profesionales de nivel medio” (gran grupo 3).

En la CIUO, las ocupaciones corresponden por lo general a niveles específicos de educación. La tabla A1.1 proporciona una lista extensa de las profesiones médicas de los grandes grupos 2 y 3. No obstante, para las ocupaciones de servicios médicos y sociales, la CIUO señala que:

“Se ha observado que las disparidades en las condiciones de educación exigidas son más importantes en los casos de algunas de las ocupaciones de la enseñanza y los servicios médicos y sociales. En algunos países se exige tener una titulación universitaria para ejercer tales ocupaciones, mientras que en otros basta con certificados de educación de un nivel inferior. Con el fin de atender a esas diferencias, se han creado categorías profesionales paralelas en los grupos 2 y 3 de la CIUO 88: Profesionales científicos e intelectuales y Técnicos y profesionales de nivel medio, respectivamente” (CIUO-88).

El grupo de los profesionales científicos e intelectuales (gran grupo 2) se define del modo siguiente:

“Este gran grupo comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño conocimientos profesionales de alto nivel y experiencia en materia de ciencias físicas y biológicas o ciencias sociales y humanidades. Sus tareas consisten en ampliar el acervo de conocimientos científicos

o intelectuales, aplicar conceptos y teorías para resolver problemas o, por medio de la enseñanza, asegurar la difusión sistemática de esos conocimientos. La mayoría de las ocupaciones de este gran grupo exigen competencias de las categorías 6 ó 7 de la CINE” (ILO, 1990a).

Con arreglo a esta definición, todas las personas que trabajan en el gran grupo 2 de la CIUO pueden considerarse RHS. Lo opuesto no es necesariamente cierto; es decir, no todos los RHS de nivel universitario están empleados en el gran grupo 2 de la CIUO. Pueden tener otras ocupaciones, incluso en los grupos 0 y 1, estar desempleados, o no pertenecer ya a la población activa.

El grupo de los técnicos y profesionales de nivel medio (gran grupo 3) se define del modo siguiente:

“Este gran grupo comprende las ocupaciones cuyas tareas principales requieren para su desempeño conocimientos técnicos y experiencia de una o varias disciplinas de las ciencias físicas y biológicas o de las ciencias sociales y las humanidades. Esas tareas consisten en llevar a cabo labores técnicas relacionadas con la aplicación de conceptos y métodos en relación con las esferas ya mencionadas y en impartir enseñanza de cierto nivel. La mayoría de las ocupaciones de este gran grupo exigen competencias de la categoría 5 de la CINE” (ILO, 1990a).

Límites de los RHS y las ocupaciones conexas

Además de los grupos 2 y 3 de la CIUO, en el grupo 1 pueden identificarse algunas ocupaciones que corresponden a los RHS (“Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativos y personal directivo de la administración pública y de empresas”), especialmente entre los administradores. Los siguientes subgrupos parecen tener un interés específico: “Directores generales y gerentes generales de empresa” (subgrupo 121), “Directores de departamentos de producción y operacio-

Tabla A1.1. Profesiones sanitarias en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88)

Código CIUO -88	Designación
Gran grupo 2	Profesionales científicos e intelectuales
22	Profesionales de las ciencias biológicas, la medicina y la salud
222	Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería)
2221	Médicos
2222	Odontólogos
2224	Farmacéuticos
2229	Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería), no clasificados bajo otros epígrafes
223	Personal de enfermería y partería de nivel superior
2230	Personal de enfermería y partería de nivel superior
Gran grupo 3	Técnicos y profesionales de nivel medio
32	Técnicos y profesionales de nivel medio de las ciencias biológicas, la medicina y la salud
322	Profesionales de nivel medio de la medicina moderna y la salud (excepto el personal de enfermería y partería)
3221	Practicantes y asistentes médicos
3222	Higienistas y otro personal sanitario
3223	Técnicos en dietética y nutrición
3224	Técnicos en optometría y ópticos
3225	Dentistas auxiliares y ayudantes de odontología
3226	Fisioterapeutas y afines
3228	Técnicos y asistentes farmacéuticos
3229	Profesionales de nivel medio de la medicina moderna y la salud (excepto el personal de enfermería y partería) no clasificados bajo otros epígrafes
323	Personal de enfermería y partería de nivel medio
3231	Personal de enfermería de nivel medio
3232	Personal de partería de nivel medio
324	Practicantes de la medicina tradicional y curanderos
3241	Practicantes de la medicina tradicional
3242	Curanderos

Fuente: ILO (1990a).

nes” (subgrupo 122), y “Gerentes de empresa” (subgrupo 131). Los administradores que realizan actividades de atención de la salud (grupo 122) solo se incluyen en los RHS si poseen también una capacitación del nivel apropiado en un campo de estudio médico. Esto significa que los administradores se considerarán RHS solamente por su capacitación, y no en función de su ocupación.

Además, la lista presentada en la tabla A1.1 no incluye los subgrupos 2113 “Químicos”, y 2212 “Farmacólogos, patólogos y afines”, profesiones

que suelen trabajar principalmente en la I+D médicos. Las profesiones que no son RHS según la definición sugerida en el presente anexo incluyen los subgrupos 3443 “Funcionarios de servicios de seguridad social”, 2445 “Psicólogos”, 2446 “Profesionales del trabajo social” y 3460 “Trabajadores y asistentes sociales de nivel medio”, aunque algunas personas de las tres últimas categorías pueden ejercer actividades realmente relacionadas con la salud. Las personas empleadas como trabajadores que prestan cuidados personales sin capacitación al nivel de la CINE deben excluirse de los

RHS. Las categorías CIUO correspondientes son: 5132 “Ayudantes de enfermería en instituciones”, 5133 “Ayudantes de enfermería a domicilio, 5139 “Trabajadores de los cuidados personales y afines, no clasificados bajo otros epígrafes”.

EMPLEO TOTAL EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Definición funcional

El empleo total en los servicios de atención de la salud es el número de personas, en equivalentes a tiempo completo, que están empleadas en las ramas de actividad de servicios de salud, dentro de los límites institucionales propuestos en el capítulo 4 y que se detallan en el capítulo 5. Además del personal de los RHS, el empleo total incluye al personal administrativo, técnico y de apoyo que trabaja en organismos de seguro médico con o sin fines de lucro. En cambio, excluye a los profesionales sanitarios que trabajan fuera de los servicios de salud (por ejemplo, médicos que trabajan en otras ramas de actividad). También quedan excluidas las personas que trabajan en la fabricación de equipo médico y en la industria farmacéutica (Otras ramas de actividad del sector médico, véanse capítulos 4 y 5). En general, debe excluirse todo empleo relacionado con la producción intermedia de las ramas de actividad de servicios de atención de la salud.

RHS por rama de actividad

Es importante conocer las ramas de actividad de empleo para entender la distribución de los RHS en el sistema de atención de la salud. Este desglose se referirá solo a los RHS activos, debido a las dificultades para clasificar por rama de actividad a los desempleados y, especialmente, a las personas que se han retirado de la población activa. Se recomienda registrar los RHS con arreglo a las categorías institucionales de las clasificaciones institucionales de la ICHA.

¿RECUENTO INDIVIDUAL O POR EQUIVALENTES A TIEMPO COMPLETO?

A la hora de medir los recursos humanos hay dos criterios de interés: los datos del recuento individual y los datos por equivalentes a tiempo completo (ETC). En principio, en las series del recuento individual, las personas se cuentan una vez (en un momento dado) y se clasifican una sola vez según criterios pertinentes. En las series de ETC, el recuento individual de las personas que trabajan a tiempo parcial o en varios empleos o actividades se reduce al tiempo efectivo o normal de trabajo.

El recuento individual es el método más utilizado, ya que por lo general es más fácil recoger y comparar los datos, mientras que el registro de equivalentes a tiempo completo resulta a veces más subjetivo y menos fácil de comprender. La disponibilidad de estadísticas de recuento individual puede ser un requisito previo para calcular los datos de ETC. La elección final entre recuento individual y ETC depende de lo que se pretenda medir. El enfoque ETC es preferible para la medición de aspectos específicos, como las actividades de atención de la salud, o cuando existe un número significativo de personas que trabajan a tiempo parcial, como suele suceder en la atención de la salud. La medición de ETC es indispensable para relacionar los datos sobre el personal con las series del valor añadido en el SCS y para calcular la producción no de mercado y las tendencias de la productividad.

Recuento individual

El recuento individual es útil para la medición tanto de los stocks como de los flujos. Permite que el análisis se relacione con los datos de la oferta educativa y los flujos del sistema, así como con otros tipos de estadísticas basadas en los individuos (como las estadísticas demográficas y de empleo). Al comparar los datos correspondientes a varios puntos en el tiempo, este enfoque permite calcular las variaciones de existencias de RHS netas y las tasas medias de crecimiento.

En principio, se cuenta con tres opciones para la medición mediante recuento individual:

- número de RHS en un momento específico (por ejemplo, a mitad del año);
- número medio de RHS durante el año (civil);
- número total de RHS durante el año (civil).

La primera y la segunda opciones parecen las más apropiadas para medir los stocks de RHS y son las que suelen utilizarse en otras estadísticas de recursos humanos (empleo, contratación, etc.) con una periodicidad anual o trimestral de las encuestas. La tercera opción parece más adecuada para medir los flujos o para derivar datos de flujos de las series de los stocks, en el caso de personas que son RHS solo por su ocupación. Si una de estas personas entra y sale de una ocupación en el sector de la salud varias veces en un año, es contabilizada varias veces cuando se usa la tercera opción, pero solo una vez con las otras dos. Por tanto, la comparación entre las cifras de stocks basadas en la primera, segunda y tercera opciones da una idea aproximada de los flujos múltiples, quizá más a micro niveles, para la medición de los RHS en áreas específicas con un alto grado de movilidad o rotación de personal (como puede ser el caso en las profesiones de enfermería).

Equivalentes a tiempo completo (ETC)

Los criterios para la conversión en ETC varían según el país, pero se basan (salvo que se especifique lo contrario) en 35 o más horas de trabajo semanal; sería deseable que se fueran ajustando gradualmente a las normas del SCN 93 (apartados 17.4 a 17.18). El método ETC está indicado cuando se desea utilizar los datos sobre el empleo de RHS como indicadores de la cantidad (o el volumen) de actividades efectuadas o servicios prestados.

En el caso de personas con una ocupación principal y otra secundaria, es posible utilizar datos modificados de recuento individual, registrando a los individuos según su actividad principal. Por ejem-

plo, en el caso de un estudiante que trabaja, la OIT especifica que predomina el empleo. En otros casos, el cálculo en ETC es el único método eficaz.

El Sistema de Cuentas Nacionales (véase el apartado 15.102 del SCN 93) sugiere dos métodos para medir los ETC:

- el *total de horas trabajadas*, que es la suma de las horas realmente trabajadas durante el período por los asalariados y los trabajadores autónomos;
- los *puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo*, que es el total de horas trabajadas dividido por la media anual de horas trabajadas en puestos de trabajo a tiempo completo.

El segundo criterio puede evaluarse más aproximadamente como “el número de puestos de trabajo a tiempo completo”. Actualmente es el método más utilizado en las tablas satélite de las cuentas nacionales, pero se considera que ya no trata adecuadamente el caso del empleo a tiempo parcial. Por esa razón, en la edición revisada del SCN se recomienda el concepto de “total de horas trabajadas” para registrar los datos del insumo de factor trabajo, es decir, para medir la productividad.

ESTRUCTURA BÁSICA PARA INTEGRAR LOS DATOS SOBRE EDUCACIÓN Y PERSONAL

Modelo esquemático

Los stocks pueden medirse con muchos grados de detalle, pero el de mayor interés para la toma de decisiones está constituido por los stocks nacionales. Las migraciones internacionales de RHS se siguen desde hace tiempo, especialmente para medir la “fuga de cerebros”. La mundialización de las actividades económicas y de atención de la salud, y por tanto de los patrones de trabajo y residencia, dificulta la medición de los stocks nacionales de RHS en términos de residencia. El Sistema de Cuentas Nacionales establece directrices para tratar los casos habituales como los de las organizaciones internacionales, embajadas y bases militares en el ex-

trajero. Además, no es nada raro que un RHS sea residente en un país y trabaje en otro, al menos en la Unión Europea. Se proponen disposiciones especiales para tratar el caso de las personas cuya residencia y empleo varían, en particular para la medición y análisis de los stocks regionales de RHS.

Se ha prestado especial atención a la “conducción” de flujos que entran en los stocks de RHS a través del sistema educativo. Es muy importante por razones de política y planificación, ya que los estudiantes, en particular los extranjeros, reciben un tratamiento diferente en las cuentas nacionales y en los datos sobre la población activa.

Cuando se miden los RHS es importante distinguir entre flujos y stocks. Los stocks suelen proporcionar una instantánea de un momento determinado. Los flujos, en cambio, reflejan los movimientos de entrada y salida de stocks durante un período dado, que suele ser de un año. Un ejemplo de cifra de stocks es la cantidad de titulares de un doctorado en medicina que están empleados en un país determinado y en una categoría institucional dada de proveedores de atención de la salud en una fecha determinada. Los stocks de RHS pueden definirse como el número de personas que en un momento concreto cumplen las condiciones de la definición de RHS.

Los flujos de RHS pueden definirse como el número de individuos que no cumplen con ninguna condición para ser incluidos en los RHS al principio de un período, pero que logran por lo menos una condición durante éste (flujo de entrada), así como el número de aquéllos que cumpliendo una o más de las condiciones de la definición de los RHS al principio del período, dejan de cumplirlas durante éste (flujo de salida). Un ejemplo de flujo de entrada de RHS es el número de farmacéuticos que reciben su título universitario en un país determinado durante un año dado.

En principio, un flujo entra o sale de los stocks. Puede ser útil analizar los “flujos internos”, que pueden

definirse como flujos que ocurren dentro de los stocks durante un período dado. Los flujos internos de RHS pueden definirse como los que representan a las personas que forman parte de las existencias de RHS y cuyas características experimentan una modificación durante el período estudiado, sin que, no obstante, pierdan las características esenciales para pertenecer a los RHS. Un ejemplo de flujo interno de los RHS son las personas que cambian de categoría de empleador, u obtienen una calificación en un nivel superior de la CINE.

El gráfico A1.1 muestra los stocks de RHS (de un país, por ejemplo) y los flujos de entrada y de salida, pero no los flujos internos de RHS; es meramente ilustrativo. Puede hacerse una mayor subdivisión de los stocks y los flujos, que mostrará niveles más desagregados. Los stocks nacionales incluyen a los desempleados, los inactivos y los jubilados, además de las personas que trabajan.

Merece la pena describir con mayor detalle los flujos de entrada y salida de los stocks de RHS de un país. Una persona entra en los stocks de RHS el día en que concluye satisfactoriamente sus estudios terciarios en un campo de estudio médico, independientemente de otras características, como su situación laboral o su nacionalidad. Los stocks de RHS de un país también pueden incrementarse con la llegada de inmigrantes ya calificados. Los flujos de salida de los stocks de RHS de un país son las personas que mueren, las que emigran y las que rebasan el límite establecido de edad (75 años o diez después del retiro). Las personas calificadas no dejan de ser parte de los stocks nacionales de RHS por desempleo o jubilación. La cobertura de algunos de estos flujos externos se describe con mayor profundidad en las secciones siguientes, que tratan de la “conducción” procedente del sector de educación superior y definen el aspecto “nacional” de los stocks nacionales y los flujos asociados.

Con arreglo a una serie de características, los stocks de RHS pueden dividirse en muchas subcategorías dentro de un país o región; por ejemplo:

Gráfico A.1.1. Inventarios nacionales y flujos de RHAS: modelo esquemático



- el stock de RHS empleados en ocupaciones clave de atención de la salud, en total o por tipo de ocupación; por ejemplo, número de doctores, de farmacéuticos o de enfermeras calificadas;
 - el stock de RHS con un nivel educativo determinado, en total o por campo de estudio; por ejemplo, el número de titulares de un doctorado o el número de farmacéuticos titulares de un doctorado;
 - el stock de RHS divididos por género, edad u otras características personales; por ejemplo, el número de médicas menores de 40 años, el número de odontólogas.
- Los flujos, al igual que los stocks, pueden subdividirse de muchas formas distintas; por ejemplo, con arreglo a características personales o geográficas (lugar de origen o llegada) o al tipo de flujo. Hasta aquí se han identificado tres categorías principales de flujos: de entrada, de salida e internos. Los flujos de entrada y de salida se ilustran en el gráfico A1.1.
- el stock de RHS empleados en ocupaciones clave de atención de la salud, en total o por tipo de ocupación; por ejemplo, número de doctores, de farmacéuticos o de enfermeras calificadas;
 - Personas calificadas que pasan a la inactividad; por ejemplo, un médico que se retira a los 60 años de edad.
 - Personas calificadas que estaban empleadas en una ocupación de atención de la salud y que pasan a una actividad no médica; por ejemplo, un médico que entra como consultor en la industria farmacéutica.
 - Flujos entre diferentes campos de actividad de atención de la salud, empleo en una categoría diferente de proveedores, o variación en la situación laboral.
 - Flujos entre los niveles 5, 6 y 7 de la CINE; por ejemplo, un asistente médico que completa satisfactoriamente su doctorado en la universidad.
 - Flujos entre regiones de un mismo país; por ejemplo, enfermeras que abandonan la parte oriental de Alemania para trabajar en la parte occidental.

Ejemplos de flujos internos:

- Personas inactivas anteriormente que obtienen una ocupación en la atención de la salud; por ejemplo, un médico que regresa al trabajo des-

pués de tomarse un tiempo para cuidar a sus hijos.

La “conducción”

Un importante flujo de entrada en los stocks de RHS de un país es la producción del sistema de

educación superior. El flujo que entra, atraviesa y sale de la educación superior ha sido denominado “conducción”. Existe una serie de flujos esenciales y puntos críticos en la conducción, todos los cuales pueden ser pertinentes. Los flujos de entrada y salida se ilustran en el gráfico A1.2. Una vez más, cada uno de ellos puede estudiarse por separado, por campo de estudio de la atención de la salud, nivel de calificación y características personales como edad, género y nacionalidad.

Los flujos de estudiantes extranjeros se muestran por separado en el gráfico A1.2, por tres razones. En primer lugar, al retirarlos de las cifras de RHS puede darse una imagen muy diferente de las tendencias del sistema “nacional”. En segundo lugar, estos estudiantes pueden entrar en el ámbito de competencia de diferentes organismos (por ejemplo, los servicios de ayuda al desarrollo) y estar sujetos a diferentes regímenes (por ejemplo, cuotas) en las universidades o escuelas superiores y a menudo tener visados que les prohíban quedarse una vez que se gradúan. Por último, para el SCN 93 no son residentes en el país en que cursan

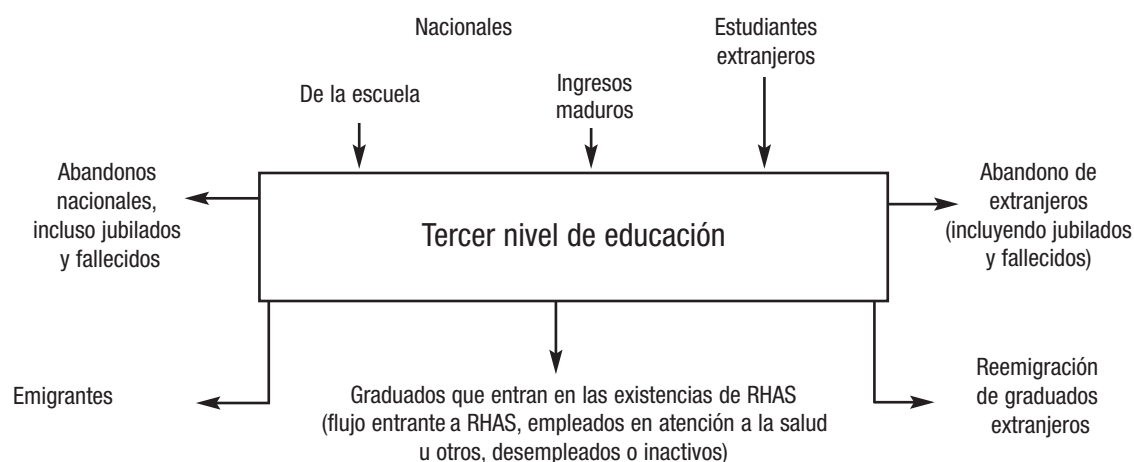
estudios y, por tanto, a menos que obtengan la residencia al concluirlos, no forman parte de los stocks del país receptor.

Cabe advertir que las personas que ingresan en la educación terciaria (“insumos”) o que ya están en la conducción (“en curso”) no se consideran RHS hasta que se gradúan (“productos”). Además, la información sobre estas dos primeras categorías (estudiantes inscritos) es importante, ya que estas cifras son uno de los principales elementos estadísticos para prever la futura oferta de RHS.

RHS por situación en la población activa

La atención tiende a centrarse en el personal de RHS a tiempo completo, con empleo permanente. Dada la evolución del mercado de trabajo de la atención de la salud, también es importante determinar los trabajadores a tiempo parcial y, de ser posible, el personal con contratos de corta duración, más el número de desempleados. De igual modo, los RHS que no forman parte de la población activa deben dividirse entre los que todavía

Gráfico A.1.2. Principales flujos que intervienen



están “en la conducción” (en particular, los estudiantes de posgrado), los que han abandonado el sistema (jubilados) y el resto.

Se recomienda la categorización que se muestra en la lista siguiente. Con excepción del desglose de los “asalariados”, las categorías son las propuestas en el *Manual de la OIT (ILO 1990b)*. Con arreglo a las recomendaciones de la OIT, los estudiantes y personal jubilado que emprenden alguna actividad económica, por pequeña que sea, deben considerarse económicamente activos (empleados o desempleados). Solo quienes no tienen ninguna actividad económica no deben incluirse en la población activa (véanse los apartados 6.19 a 6.22 del SCN 93, Servicios domésticos e individuales para consumo final propio dentro del hogar). Por tanto, la cantidad de RHS que no pertenecen a la población activa y acuden a instituciones educativas no será la misma que la de RHS dedicados a tiempo completo al estudio (ya no digamos los de tiempo parcial), extremo que debe tenerse presente al recabar datos de diferentes fuentes.

La línea divisoria (20 horas a la semana) entre “tiempo completo” y “tiempo parcial” se refiere a las “horas usuales de trabajo”, es decir, el valor dominante del “tiempo realmente trabajado” durante un período largo. En principio, este desglose debe aplicarse a los stocks nacionales (o regionales) en términos de residencia. Para ello, es necesario cerciorarse de que los datos de la población activa incluyan a las personas residentes en el país, pero empleadas o registradas como desempleadas en otro, y excluyan a las personas empleadas (o registradas como desempleadas) en el país, pero que no son residentes en éste.

La lista siguiente recoge los datos necesarios para desglosar los stocks nacionales:

Población activa:

Empleados:

- Fuerzas armadas.

- Población activa civil:
 - asalariados;
 - personal permanente a tiempo completo;
 - personal permanente a tiempo parcial (se define en general como menos de 20 horas semanales);
 - personal con contrato de corta duración (contratos de menos de tres años);
 - trabajadores autónomos.

Desempleados (y disponibles para trabajar)

Población no activa:

- inscritos en establecimientos educativos (por ejemplo, estudiantes de posgrado no clasificados en otra parte);
- ocupados en tareas del hogar (no clasificados en otra parte);
- jubilados o tercera edad no clasificados en otra parte;
- otras personas inactivas (discapacitados, etc.), no clasificadas en otra parte.

ANEXO A.2.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE PROCEDIMIENTOS EN MEDICINA

La Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina (CIPM) fue publicada por la OMS en 1978 con carácter de ensayo. Esta clasificación fue adoptada por algunos países y utilizada por otros como base para las clasificaciones nacionales de procedimientos quirúrgicos. Por este motivo, se ha empleado a título ilustrativo en varios casos en el capítulo 9 del presente manual.

Conviene señalar que, debido a los rápidos adelantos de la metodología médica, la OMS decidió no revisar la CIPM en paralelo con la Revisión 10 de la CIE (CIE-10, 1992). En la tabla A2.1 se reproduce solamente la estructura básica de dos dígitos. Las notas explicativas y datos más detallados pueden consultarse en WHO (1978).

Tabla A2.1. **Capítulos y divisiones de la CIPM**

Capítulos de la CIPM

1. Procedimientos de diagnóstico médico
2. Procedimientos de laboratorio
3. Radiología y técnicas afines
4. Procedimientos preventivos
5. Procedimientos quirúrgicos
- 6./7. Medicamentos y sustancias biológicas
8. Otros procedimientos terapéuticos
9. Procedimientos auxiliares

Divisiones de la CIPM

1. *Procedimientos de diagnóstico médico*

	Códigos CIPM (nivel de dos dígitos)
1 Atención médica inicial	1.10 - 1.12
2 Atención médica posterior	1.13 - 1.15
3 Consultas	1.16 - 1.18
4 Atención a neonatos	1.19
5 Exámenes de aparatos especiales	1.20 - 1.27
6 Exámenes de otros aparatos especiales	1.30 - 1.37
7 Biopsias	1.40 - 1.49
8 Biopsias quirúrgicas	1.50 - 1.59
9 Endoscopias	1.60 - 1.69
10 Pruebas funcionales fisiológicas	1.70 - 1.76
11 Procedimientos de diagnóstico exploratorio	1.80 - 1.89
12 Otros procedimientos de diagnóstico	1.90 - 1.99

Tabla A2.1. **Capítulos y divisiones de la CIPM (cont.)**

2.	<i>Procedimientos de laboratorio</i>	
1	Química biológica de la sangre	2.10 - 2.18
2	Química clínica de otros líquidos corporales	2.20 - 2.28
3	Pruebas funcionales químicas	2.30 - 2.36
4	Exploraciones endocrinas y enzimas	2.40 - 2.49
5	Microbiología	2.50 - 2.57
6	Serología e inmunología	2.60 - 2.68
7	Micología y parasitología	2.70 - 2.75
8	Hematología	2.80 - 2.88
9	Patología general	2.90 - 2.97
3.	<i>Radiología y técnicas afines</i>	
4.	<i>Procedimientos preventivos</i>	
1	Exámenes médicos diversos	4.10 - 4.19
2	Exámenes de detección de enfermedades	4.20 - 4.27
3	Prevención y control de enfermedades contagiosas	4.30 - 4.38
4	Profilaxis y control de otras enfermedades generales	4.40 - 4.48
5	Control de afecciones localizadas	4.50 - 4.55
6	Atención de la salud materno-infantil	4.60 - 4.79
5.	Procedimientos quirúrgicos	
6./7.	Medicamentos y sustancias biológicas	
8.	<i>Otros procedimientos terapéuticos</i>	
1	Eliminación de materiales indeseables	8.10 - 8.19
2	Recolocación	8.20 - 8.29
3	Inmovilización y apoyo	8.30 - 8.38
4	Tracciones de esqueleto y otras estructuras	8.40 - 8.48
5	Otros procedimientos mecánicos	8.50 - 8.58
6	Otros actos de fisioterapia	8.60 - 8.69
7	Procedimientos relativos al aparato respiratorio	8-70 - 8.78
8	Procedimientos relativos al aparato circulatorio	8.80 - 8.88
9	Procedimientos pre y posoperatorios	8.89
10	Control clínico	8.90 - 8.99
9.	<i>Procedimientos auxiliares</i>	
1	Otras terapias	9.10 - 9.19
2	Otras formas de atención	9.20 - 9.29
3	Asistencia anatomofisiológica	9.30 - 9.37
4	Fisioterapia y técnicas afines	9.40 - 9.49
5	Otra rehabilitación	9.50 - 9.59
6	Psicoterapia	9.60 - 9.68
7	Terapia sociopsicológica y otras terapias especializadas	9.70 - 9.77
8	Procedimientos a largo plazo y de seguimiento	9.80 - 9.82

Fuente: WHO (1978), Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina, Vol. 1.

ANEXO A.3.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

La Clasificación Internacional de Procesos en Atención Primaria (CIPAP) fue elaborada por la Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales/de Familia (WONCA), en colaboración con el North American Primary Care Research Group (NAPCRG). A continuación se resumen las notas sobre la estructura general de la clasificación (CIPAP, 1986). La segunda edición de la Clasificación Internacional en Atención Primaria (CIAP-2, 1998) proporciona un desglose similar de procedimientos que es bastante compatible con la CIPAP presentada a continuación. La CIPAP proporciona más detalles y mayor precisión y por este motivo se ha elegido en lugar de la CIAP-2 para ilustrar los rubros de la clasificación funcional de la atención de la salud (ICHA-HC) incluida en el capítulo 9.

Los rubros de esta clasificación se han seleccionado por la frecuencia de uso calculada en pruebas prácticas. Las diversas secciones de la clasificación se numeran de 1 a 9, como sigue:

- lugar y duración del servicio;
- laboratorio clínico;

- imaginología diagnóstica (incluidas radiografía, gammagrafía, ultrasonografía, etc.);
- procedimientos de diagnóstico distintos de los procedimientos de laboratorio clínico e imaginología;
- procedimientos terapéuticos;
- terapéutica: productos farmacéuticos y preparados medicinales;
- servicios clínicos y administrativos;
- seguimiento.

El orden de las secciones de la clasificación sigue la progresión lógica del encuentro entre un paciente y un proveedor de atención: en primer lugar, el lugar y la duración de los servicios, a continuación los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y por último el seguimiento médico. La sección combinada 6 y 7 (terapéutica: productos farmacéuticos y preparados medicinales) ocupa dos secciones, debido al amplio número de rubros requeridos. El contenido de las secciones 1 (lugar y duración del servicio) y 9 (seguimiento) no se ha incluido en la tabla A3.1, porque no es de interés para la elaboración de la clasificación funcional ICHA-HC.

Tabla A3.1. **Secciones y principales rubros de la CIPAP**

Código CIPAP	Rubro CIPAP
<i>Sección 2</i>	<i>Laboratorio clínico</i>
20	Análisis físicos y químicos de orina
21	Química de la sangre (pruebas sobre el conjunto de elementos de la sangre, plasma o suero)
22	Perfiles de análisis de sangre automatizados
23	Hematología
24	Inmunología
25	Análisis de heces
26	Cultivos microbiológicos
27	Exámenes microscópicos
28	Citología especializada y anatomopatología
29	Exámenes de laboratorio n.e.p.
<i>Sección 3</i>	<i>Imaginología diagnóstica</i>
30	Radiografía ósea convencional
31	Imaginología simple de tejidos blandos (excepto gammagrafía, resonancia magnética nuclear y ultrasonografía)
32	Radiografía de contraste simple o imágenes fotográficas
33	Tomografía computarizada y resonancia magnética nuclear
34	Gammagrafía
35	Ultrasonografía diagnóstica
39	Imaginología diagnóstica n.e.p.
<i>Sección 4</i>	<i>Procedimientos de diagnóstico distintos de los procedimientos de laboratorio clínico e imaginología</i>
40	Pruebas diagnósticas cutáneas y pruebas de alergia
41	Registros electrográficos
42	Endoscopias
43	Exámenes oculares
44	Exámenes de audición y vestibulares
45	Exámenes de la función pulmonar
46	Valoración del estado fetal
49	Procedimientos de diagnóstico distintos de los procedimientos de laboratorio clínico e imaginología n.e.p.
<i>Sección 5</i>	<i>Procedimientos terapéuticos</i>
50	Reparación o inmovilización
51	Excisión, incisión, biopsia, aspiración o evacuación de tejidos o líquidos corporales
52	Destrucción o cauterización
53	Inyección
54	Presión, compresión, dilatación, taponamiento o apósitos
55	Fisioterapia
56	Procedimientos del sistema reproductivo y urológico (incluida interrupción del embarazo), excluidos todos los demás procedimientos obstétricos (sección 57)
57	Procedimientos obstétricos (excluida interrupción del embarazo, 560)
58	Procedimientos diversos
59	Procedimientos n.e.p.

Tabla A3.1. **Secciones y principales rubros de la CIPAP (cont.)**

<i>Secciones 6 y 7.</i>	<i>Terapéutica: productos farmacéuticos y preparados medicinales</i>
60	Aparato digestivo
61	Metabolismo
62	Sangre y órganos hematopoyéticos
63	Sistema cardiovascular
64-65	Productos dermatológicos
66	Aparato genitourinario y hormonas sexuales
67	Preparados hormonales sistémicos (excluidas hormonas sexuales)
68	Antiinfecciosos generales sistémicos
70	Sistema osteoarticular
71	Sistema nervioso central
72	Parasitología
73	Aparato respiratorio
74	Órganos sensoriales
79	Varios
<i>Sección 8</i>	<i>Servicios clínicos y administrativos</i>
80	Balance o chequeo médico completo
81	Balance o chequeo médico parcial
82	Asesoramiento/balance psicológico y educación para la salud
83	Asesoramiento/balance psicológico y educación para la salud
84	Asesoramiento/balance y educación para la salud: sexualidad y embarazo
85	Consulta sin balance, examen o asesoramiento
89	Servicios clínicos y administrativos n.e.p.

ANEXO A.4. LA SALUD EN LA CLASIFICACIÓN CENTRAL DE PRODUCTOS

La Clasificación Central de Productos (CCP) es parte de la familia de clasificaciones de las Naciones Unidas que cubre la economía en su conjunto (como la Clasificación Industrial Internacional Uniforme y la clasificación del gasto por finalidades del SCN 93). De hecho, existen estrechos vínculos entre estas tres clasificaciones. Tales vínculos son especialmente evidentes en el caso de los servicios de atención de la salud definidos en términos de ramas de actividad proveedoras. En la CCP, los servicios de atención de la salud se definen en el grupo 931, Servicios de salud humana, que comprende tres clases (Servicios de hospital, Servicios médicos y dentales y Otros servicios de salud humana) y ocho subclases.

El Sistema de Cuentas de Salud está basado en un enfoque bidimensional que clasifica el gasto en salud por función (Clasificación funcional ICHA-HC) y por rama de actividad proveedora (Clasificación de proveedores ICHA-HP). Por tanto, con respecto a este doble desglose de la ICHA, las grandes categorías de la CCP son demasiado amplias como para poder aplicarse a las cuentas de salud propuestas. Los elementos pertinentes de la CCP se reproducen en la tabla A4.1, ante todo para ilus-

trar la estructura que respalda las dos clasificaciones relacionadas, la CIIU y la clasificación funcional del SCN 93, que se presentan en los anexos A.5 y A.6 del presente manual. También se presentan en la tabla A4.1 y se explican en las notas correspondientes los rubros de la CCP dedicados a los servicios de seguros de enfermedad y de accidentes (clase 7132) y a los servicios administrativos de salud (subclase 91122).

NOTAS EXPLICATIVAS DE LA TABLA A4.1

71320 Servicios de seguros de enfermedad y de accidentes

Esta subclase incluye:

- servicios de concertación de pólizas de seguros que proporcionan protección en caso de gastos médicos y de hospital que no estén cubiertos por programas oficiales y, generalmente, otros gastos de atención médica como medicamentos prescritos, aparatos médicos, ambulancia, servicios privados de enfermera, etc.;
- servicios de concertación de pólizas de seguro que proporcionen protección por gastos dentales;

Tabla A4.1. Los servicios de atención de la salud en la CCP, Versión 1

Grupo	Clase	Subclase	Designación	Categoría CIU
<i>Sección 7</i>				
<i>Servicios financieros y servicios conexos; servicios inmobiliarios; y servicios de arrendamiento con o sin opción de compra</i>				
División 71			Servicios de intermediación financiera, de seguros y auxiliares	
713			Servicios de seguros y de pensiones (con exclusión de los servicios de reaseguro), excepto los servicios de seguridad social de afiliación obligatoria	
	7132	71320	Servicios de seguros de enfermedad y de accidentes	6603
<i>Sección 9</i>				
<i>Servicios para la comunidad, sociales y personales</i>				
División 91			Administración pública y otros servicios para la comunidad en general; servicios de seguridad social de afiliación obligatoria	
911			Servicios administrativos del gobierno	
	9112		Servicios administrativos de los organismos que proporcionan servicios de educación, salud, cultura y otros servicios sociales, excepto los servicios de seguridad social	
		91122	Servicios administrativos de salud	7512
División 93			Servicios sociales y de salud	
931			Servicios de salud humana	
	9311	93110	Servicios de hospital	8511
	9312		Servicios médicos y dentales	
		93121	Servicios médicos generales	8512
		93122	Servicios médicos especializados	8512
		93123	Servicios dentales	8512
	9319		Otros servicios de salud humana	
		93191	Servicios de partos y servicios conexos, servicios de enfermería, servicios fisioterapéuticos y paramédicos	8519
		93192	Servicios de ambulancia	8519
		93193	Servicios de instituciones residenciales de salud distintos de los servicios de hospital	8519
		93199	Otros servicios de salud humana n.e.p.	8519

- servicios de concertación de pólizas de seguro que proporcionen protección por gastos médicos efectuados cuando el asegurado esté viajando fuera de una zona geográfica determinada;
- servicios de concertación de pólizas de seguro que proporcionen pagos periódicos cuando el asegurado no pueda trabajar como resultado de una discapacidad debida a enfermedad o lesión;
- servicios de concertación de pólizas de seguro que cubran los casos de fallecimiento o pérdida de miembro por accidente, o sea que indemnicen si un accidente se traduce en falleci-

miento o en pérdida de uno o más miembros corporales (por ejemplo, las manos o los pies) o la vista de uno o de los dos ojos.

91122 Servicios administrativos de salud

Esta subclase incluye:

- servicios públicos administrativos relativos a toda clase de servicios de salud y sociales;
- servicios de gestión, funcionamiento, inspección y apoyo para clínicas y hospitales generales, de medicina especial y de odontología, así como servicios de enfermería y para convalecientes prestados a domicilio;

- servicios de administración, gestión, funcionamiento y apoyo para la salud pública, tales como bancos de sangre, servicios de detección de enfermedades, servicios de prevención, programas de control de calidad de medicamentos, servicios de control demográfico, etc. Estos servicios los proporcionan frecuentemente equipos especializados de profesionales médicos a título individual sin relación con médicos particulares, clínicas ni hospitales.

Esta subclase no incluye:

- servicios de seguros de enfermedad, véase 91310;
- servicios de asistencia social, véase 933.

93110 Servicios de hospital

Esta subclase incluye:

- servicios de cirugía prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente;
- servicios médicos prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, destinados a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente;
- servicios ginecológicos y obstétricos prestados principalmente a pacientes internas bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud de la paciente;
- servicios de rehabilitación prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente;
- servicios psiquiátricos prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente;
- otros servicios de hospital prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente. Estos servicios comprenden los servicios médicos, farmacéuticos y paramédicos, servicios de enfermería,

servicios de laboratorio y técnicos, incluidos los servicios radiológicos y de anestesia, etc.

- servicios de hospitales militares;
- servicios de hospitales penitenciarios.

Esta subclase no incluye:

- servicios prestados por clínicas ambulatorias, véase 9312;
- servicios de odontología, véase 93123;
- servicios de ambulancia, véase 93192.

93121 Servicios médicos generales

Esta subclase incluye:

- servicios que consisten en la prevención, diagnóstico y tratamiento por doctores de medicina de enfermedades físicas y/o mentales de naturaleza general, como por ejemplo:
 - consultas
 - reconocimientos físicos, etc. Estos servicios no se limitan a condiciones, enfermedades o partes de la anatomía humana específicas o determinadas. Se pueden prestar en consultorios de medicina general y también en clínicas ambulatorias, clínicas adscritas a empresas, escuelas, etc.

93122 Servicios médicos especializados

Esta subclase incluye:

- servicios de consulta en pediatría, ginecología-obstetricia, neurología y psiquiatría, y diversos servicios médicos;
- servicios de consulta quirúrgica;
- servicios de tratamiento en clínicas ambulatorias, como diálisis, quimioterapia, terapia de insulina, tratamientos de inhalación, tratamiento con rayos X, etc.;
- exploración funcional e interpretación de imágenes médicas (fotogramas de rayos X, electrocardiogramas, endoscopias, etc.).

Esta subclase no incluye:

- servicios de laboratorios médicos, véase 93199.

93123 Servicios dentales

Esta subclase incluye:

- servicios de ortodoncia, como por ejemplo el tratamiento de dientes protrusivos, mandíbulas que no encajan, dientes demasiado largos, etc., incluida la cirugía dental incluso cuando se presta a pacientes internos en hospitales;
- servicios de cirugía en la cavidad bucal;
- otros servicios dentales especializados, por ejemplo periodónticos, pedodónticos, endodónticos y de reconstrucción;
- servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades que afectan al paciente o de deformaciones en la cavidad bucal, y servicios encaminados a la prevención de enfermedades dentales.

Nota: Estos servicios dentales se pueden prestar en clínicas de atención médica, como las que están adscritas a escuelas, empresas, hogares para ancianos, etc., así como en las propias salas de consulta. Se incluyen los servicios en la esfera de la odontología general, como por ejemplo los exámenes odontológicos periódicos, la atención dental preventiva, el tratamiento de las caries, etc.

93191 Servicios de partos y servicios conexos, servicios de enfermería, servicios fisioterapéuticos y paramédicos

Esta subclase incluye:

- servicios como la supervisión durante el embarazo y el parto;
- supervisión de la madre después del parto;
- servicios en la esfera de la enfermería (en régimen externo), asesoramiento y prevención de enfermedades prestados a pacientes a domicilio, y cuidados prestados en el campo de la maternidad, higiene infantil, etc.;
- servicios fisioterapéuticos y paramédicos prestados en la esfera de la fisioterapia, la ergoterapia, la terapia ocupacional, la logoterapia, la homeopatía, la acupuntura, la nutrición, etc.

Estos servicios los prestan personas autorizadas distintas de los médicos.

93192 Servicios de ambulancia

Esta subclase incluye:

- servicios que incluyen el transporte de pacientes por ambulancia, con o sin equipo de reactivación o personal médico.

93193 Servicios de instituciones residenciales de salud distintos de los servicios de hospital

Esta subclase incluye:

- servicios combinados de alojamiento y médicos que se prestan sin la supervisión de un médico de la institución.

93199 Otros servicios de salud humana n.e.p.

Esta subclase incluye:

- servicios prestados por laboratorios médicos;
- servicios prestados por bancos de sangre, espermatozoides y órganos de trasplante;
- servicios de pruebas odontológicas;
- servicios de pruebas y análisis médicos;
- otros servicios de salud humana n.e.p.

ANEXO A.5.

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN LA CIIU, REV. 3

La Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) presenta una serie de categorías para clasificar las ramas de actividad muy utilizada en el trabajo estadístico nacional e internacional. La clasificación ICHA-HP de las ramas de actividad proveedoras de servicios de salud es fundamentalmente compatible, aunque a nivel agregado, con la clasificación correspondiente de la CIIU. Como ya se ha indicado, el presente manual recomienda conservar vínculos estrechos entre el Sistema de Cuentas de Salud y las estadísticas industriales. La tabla A5.1 muestra la estructura de las ramas de actividad de servicios de salud acorde a la CIIU, Rev.3, seguida de notas explicativas (United Nations 1990, CIIU, Rev. 3).

NOTAS EXPLICATIVAS DEL CUADRO A.5.1

523 Comercio al por menor de otros productos nuevos en almacenes especializados

5231 Venta al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, cosméticos y artículos de tocador

En esta clase se incluye el comercio especializado al por menor de productos farmacéuticos, medi-

cionales y ortopédicos, artículos de perfumería, cosméticos y jabones de tocador.

660 Financiación de planes de seguros y de pensiones, excepto los planes de seguridad social de afiliación obligatoria

6603 Planes de seguros generales

Esta clase comprende los planes de seguro (incluso el reaseguro) distintos de los de seguro de vida (por ejemplo, planes de seguro contra accidentes y contra incendios, seguro médico, seguro de cosas y de automóviles, seguro marítimo y aeronáutico, seguro de transporte, seguro contra pérdidas pecuniaras y seguro de responsabilidad civil).

751 Administración del Estado y aplicación de la política económica y social de la comunidad

7512 Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios sanitarios, educativos, culturales y otros servicios sociales, excepto servicios de seguridad social

En esta clase se incluyen la administración pública de programas destinados a aumentar el bienes-

Tabla A5.1. Las ramas de actividad de atención de la salud en la CIU

Categorías de clasificación	Grupo	Clase	Descripción
G	División 52		Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos
	523	5231	Comercio al por menor, excepto el comercio de vehículos automotores y motocicletas; reparación de efectos personales y enseres domésticos Venta al detalle de productos farmacéuticos y bienes médicos, cosméticos y artículos para baño
J	División 66		Intermediación financiera
	660		Financiación de planes de seguros y de pensiones, excepto los planes de seguridad social de afiliación obligatoria
		6603	Financiación de planes de seguros y de pensiones, excepto los planes de seguridad social de afiliación obligatoria Planes de seguros generales
L	División 75		Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria
	751		Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria
		7512	Administración del Estado y aplicación de la política económica y social de la comunidad
	753	7530	Regulación de las actividades de organismos que prestan servicios sanitarios, educativos, culturales y otros servicios sociales, excepto servicios de seguridad social Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria
N	División 85		Servicios sociales y de salud
	851		Servicios sociales y de salud
		8511	Actividades relacionadas con la salud humana
		8512	Actividades de hospitales
		8519	Actividades de médicos y odontólogos Otras actividades relacionadas con la salud humana

tar social, la aplicación de las políticas de investigación y desarrollo adoptadas con esa finalidad y la administración de los fondos pertinentes. Administración de programas de atención, mejoramiento y protección de la salud. Administración de programas de enseñanza primaria, secundaria y postsecundaria, y de programas especiales de reeducación profesional. Administración de programas de prestación de servicios recreativos y culturales, como programas de artes dramáticas y de educación física y deportes para aficionados. Patrocinio de actividades recreativas y culturales. Concesión de becas a artistas. Administración

de programas de suministro de agua potable. Administración de servicios de recolección y eliminación de desperdicios. Administración de programas de protección ambiental, como los de depuración del agua y lucha contra la contaminación. Administración de programas de vivienda.

753 *7530 Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria*

Esta clase abarca la financiación y administración de los programas de servicios públicos de seguridad social. Los servicios de seguridad social se en-

cargan de la realización de pagos, principalmente pagos de transferencia, para compensar la reducción y pérdida de ingresos y la insuficiente capacidad de producir ingresos. Los planes de seguridad social de afiliación obligatoria suelen consistir en planes de seguros de salud, contra accidentes y de paro y en planes de pensiones. Los planes también pueden cubrir riesgos más concretos que pueden conducir a la pérdida de ingresos, como casos de maternidad, incapacidad temporal, viudez y aumento de la familia.

Exclusión: La prestación directa de servicios de bienestar social y de índole conexas se incluye en la clase 8531, si los servicios comprenden el alojamiento, y en la clase 8532 si no lo incluyen.

851 Actividades relacionadas con la salud humana

8511 Actividades de hospitales

En esta clase se incluyen las actividades de los hospitales generales y especializados, sanatorios, preventorios, asilos, centros de rehabilitación, leproserías, centros de atención odontológica y otras instituciones sanitarias con servicios de alojamiento, incluso los hospitales de bases militares y prisiones. Las actividades, que consisten principalmente en la atención de pacientes internos y se realizan bajo la supervisión directa de médicos, comprenden los servicios de personal médico y paramédico, laboratorios e instalaciones técnicas, incluso servicios de radiología y anestesiología, y otras instalaciones y servicios hospitalarios, tales como comedores y salas de servicios de urgencia.

Exclusiones: Las actividades de atención de la salud del personal militar en campaña se incluyen en la clase 7522 (Actividades de defensa). Las actividades de atención odontológica sin alojamiento se incluyen en la clase 8512 (Actividades de médicos y odontólogos). Las actividades destinadas principalmente a pacientes externos se incluyen en la clase 8519 (Otras actividades relacionadas con la salud humana), al igual que las actividades de los servicios de ambulancias.

Las actividades veterinarias se incluyen en la clase 8520.

8512 Actividades de médicos y odontólogos

Esta clase, que abarca las actividades de consulta y tratamiento por médicos de medicina general y especializada, incluso los cirujanos y odontólogos, comprende las actividades de dichos profesionales en instituciones de atención de la salud (entre ellas las clínicas y los servicios de hospital para pacientes externos y las sociedades integradas por grupos de médicos cuyos servicios deben pagarse por adelantado) y en consultorios privados. Se incluyen además las actividades realizadas en clínicas de empresas, escuelas, hogares de ancianos, organizaciones sindicales y asociaciones profesionales, así como en el domicilio de los pacientes. Por lo general los pacientes son ambulatorios y pueden ser remitidos a un especialista por el médico de medicina general. Las actividades de atención odontológica pueden ser generales o especializadas y llevarse a cabo en consultorios privados y en clínicas de pacientes externos, incluso las clínicas de empresas, escuelas, etc., así como en salas de operaciones.

Exclusiones: La atención de pacientes internos en hospitales se incluye en la clase 8511 (Actividades de hospitales). Las actividades paramédicas, como las de parteras, enfermeros y fisioterapeutas, se incluyen en la clase 8519 (Otras actividades relacionadas con la salud humana).

8519 Otras actividades relacionadas con la salud humana

Esta clase, que incluye todas las actividades relacionadas con la salud humana que no se realizan en hospitales ni entrañan la participación de médicos y odontólogos, comprende las actividades llevadas a cabo o dirigidas por enfermeros, parteras, fisioterapeutas y otro personal paramédico especializado en optometría, hidroterapia, masaje, ergoterapia, logoterapia, podología, homeopatía, quiropráctica, acupuntura, etc. Estas actividades pueden realizarse en clínicas de atención de la sa-

lud como las de empresas, escuelas, hogares de ancianos, organizaciones sindicales y asociaciones profesionales; en instituciones de atención de la salud con servicios de alojamiento distintas de los hospitales; y en consultorios particulares, hogares de los pacientes y otros lugares. Se incluyen las actividades realizadas por auxiliares de odontología, tales como terapeutas dentales, enfermeros escolares con conocimientos de odontología e higienistas dentales, que pueden atender pacientes sin la presencia del odontólogo pero son supervisados periódicamente por éste. También se incluyen todos los tipos de actividades clínicas de

patología y diagnóstico realizadas por laboratorios independientes, al igual que las actividades de bancos de sangre, ambulancias corrientes y ambulancias aéreas, servicios residenciales de atención de la salud, excepto hospitales, etc.

Exclusiones: La fabricación de dientes y dentaduras artificiales y de aparatos protésicos por laboratorios dentales se incluye en la clase 3311 (Fabricación de equipo médico y quirúrgico y de aparatos ortopédicos). Los ensayos bromatológicos se incluyen en la clase 7422 (Ensayos y análisis técnicos).

ANEXO A.6.

LA SALUD EN LAS CLASIFICACIONES DEL SCN POR FINALIDADES

El SCN 93 incluye cuatro clasificaciones de gastos por finalidades (llamadas anteriormente clasificaciones funcionales):

- CCIF: Clasificación del consumo individual por finalidades
- CFISFL: Clasificación de las finalidades de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares
- CFAP: Clasificación de las funciones de las administraciones públicas
- CGPF: Clasificación de los gastos de los productores por finalidades.

La “salud” es una de las finalidades (funciones) comunes a las cuatro clasificaciones. La distinción entre consumo individual y colectivo se aplica de la siguiente manera en el sistema revisado de clasificaciones de gastos por finalidades (Naciones Unidas 1998b):

- La CCIF se utiliza para clasificar los gastos de consumo individual de los hogares, las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares y el gobierno general.
- La CFISFL y la CFAP se utilizan para clasificar diversas operaciones, incluidos los desembolsos relacionados con los gastos de consumo fi-

nal, el consumo intermedio, la formación bruta de capital y las transferencias de capital y transferencias corrientes realizadas por las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares y al gobierno general, respectivamente.

- La CGPF se utiliza para clasificar el consumo intermedio y los desembolsos de capital de las empresas constituidas en sociedad y no constituidas en sociedad de carácter financiero y no financiero.

En este anexo se enumeran las secciones pertinentes sobre salud de las clasificaciones funcionales del SCN 93 como referencia para la contabilidad de la salud. Pueden hallarse más detalles en el documento de las Naciones Unidas (1998b). La tabla A6.1 ofrece una visión general de los rubros de salud de las cuatro clasificaciones.

Tabla A6.1. La salud en las clasificaciones del SCN del gasto por finalidades

Finalidad	CCIF hogares	CCIF ISFLSH	CCIF Admin. públicas	Consumo individual efectivo	CFISFL	CFAP	CGPF
Salud	06	13.2	14.2	06 +13.2 +14.2	02	07	05.2
Productos, artefactos y equipos médicos	06.1	–	–	–	02.1	07.1	–
Productos farmacéuticos	06.1.1	13.2.1	14.2.1	–	02.1.1	07.1.1	–
Otros productos médicos	06.1.2	13.2.2	14.2.2	–	02.1.2	07.1.2	–
Aparatos y equipos terapéuticos	06.1.3	13.2.3	14.2.3	–	02.1.3	07.1.3	–
Servicios para pacientes externos	06.2	–	–	–	02.2	07.2	–
Servicios médicos	06.2.1	13.2.4	14.2.4	–	02.2.1	–	–
Servicios médicos generales	–	–	–	–	–	07.2.1	–
Servicios médicos especializados	–	–	–	–	–	07.2.2	–
Servicios odontológicos	06.2.2	13.2.5	14.2.5	–	02.2.2	07.2.3	–
Servicios paramédicos	06.2.3	13.2.6	14.2.6	–	02.2.3	07.2.4	–
Servicios hospitalarios	06.3	13.2.7	14.2.7	–	02.3	07.3	–
Servicios hospitalarios generales	–	–	–	–	–	07.3.1	–
Servicios hospitalarios especializados	–	–	–	–	–	07.3.2	–
Servicios médicos y de centros de maternidad	–	–	–	–	–	07.3.3	–
Servicios de residencias de la tercera edad y residencias de convalecencia	–	–	–	–	–	07.3.4	–
Otros servicios de salud (Salud n.e.p., CFAP)	–	13.2.8	–	–	02.6	07.6	–
Servicios de salud pública	–	–	14.2.8	–	02.4	07.4	–
Investigación y desarrollo relacionados con la salud	–	–	–	–	02.5	07.5	–

LA SALUD EN LA CLASIFICACIÓN DEL CONSUMO INDIVIDUAL POR FINALIDADES (CCIF)

Aunque es parte integrante del SCN 93, la CCIF está dirigida a otros tres ámbitos: encuestas sobre el presupuesto de los hogares, índices de precios de consumo y comparaciones internacionales. Las clases de CCIF se dividen en servicios (S), bienes no duraderos (ND), bienes semiduraderos (SD) y bienes duraderos (D). Esto permite analizar los bienes considerados duraderos como stocks de bienes de capital. Sin embargo, el SCS no usa esta subdivisión para el consumo final de bienes y servicios de salud.

La salud en la CCIF (hogares): definición por clase

06. Salud

Esta división incluye también los servicios de salud adquiridos a centros sanitarios escolares o universitarios.

06.1 Productos, artefactos y equipo médicos

Este grupo incluye medicamentos, prótesis, artefactos y equipo médicos y otros productos relacionados con la salud adquiridos por personas u

hogares, con o sin receta, usualmente de químicos, farmacéuticos o proveedores de equipo médico. Se los consume o usa fuera de una instalación o institución sanitaria. Los productos entregados directamente a los pacientes por profesionales médicos, dentales o paramédicos a los pacientes externos o a los pacientes internos por los hospitales y otros similares se incluyen en los servicios a pacientes externos (06.2) o servicios de hospital (06.3).

06.1.1 Productos farmacéuticos (ND)

- Preparaciones médicas, medicamentos, medicamentos patentados, sueros y vacunas, vitaminas y minerales, aceite de hígado de bacalao y aceite de hígado de hipogloso, anticonceptivos orales.

Excluye: productos veterinarios (09.3.4); artículos de higiene personal, como jabones medicinales (12.1.3).

06.1.2 Otros productos médicos (ND)

- Termómetros clínicos, vendas adhesivas y no adhesivas, agujas hipodérmicas, botiquines de primeros auxilios, botellas de agua caliente y bolsas de hielo, productos para traumatología como medias elásticas y soportes para rodilla, pruebas de embarazo, preservativos y otros dispositivos anticonceptivos mecánicos.

06.1.3 Artefactos y equipo terapéuticos (D)

- Anteojos de corrección y lentes de contacto, audífonos, ojos de vidrio, miembros artificiales y otros artefactos prostéticos, soportes ortopédicos, calzado ortopédico, cinturones quirúrgicos, bragueros y soportes, soportes de cuello, equipo de masaje médico y lámparas sanitarias, sillas de rueda motorizadas o no y vehículos para discapacitados, camas "especiales", muletas, artefactos electrónicos y de otro tipo para la medición de la presión sanguínea, etc.
- Reparación de ese tipo de artículos.

Incluye: dentaduras postizas, pero no el costo de instalación.

Excluye: alquiler de equipo terapéutico (06.2.3); anteojos de protección, cinturones y soportes deportivos (09.3.2); anteojos para sol que no tengan lentes de corrección (12.3.2).

06.2 Servicios para pacientes externos

Este grupo incluye servicios médicos, dentales y paramédicos prestados a pacientes externos por profesionales y auxiliares médicos, dentales y paramédicos. Los servicios se pueden prestar en el hogar, en instalaciones de consulta individuales o en grupo, en dispensarios o en las clínicas para pacientes externos de hospitales y casos similares.

Los servicios para pacientes externos incluyen los medicamentos, prótesis, aparatos y equipo médicos y otros productos relacionados con la salud suministrados directamente a los pacientes externos por los profesionales y auxiliares médicos, dentales y paramédicos.

Los servicios médicos, dentales, y paramédicos prestados a pacientes internos por los hospitales y otros servicios similares se incluyen en los servicios de hospital (06.3).

06.2.1 Servicios médicos (S)

- Consultas a médicos en general o a especialistas.

Incluye: servicios de especialistas en ortodoncia.

Excluye: servicios de laboratorios de análisis médicos y centros radiográficos (06.2.3); servicios de especialistas en medicina tradicional (06.2.3).

06.2.2 Servicios dentales (S)

- Servicios de dentistas, higienistas y otros auxiliares.

Incluye: costo de la aplicación de las dentaduras postizas.

Excluye: dentaduras postizas (06.1.3); servicios de especialistas en ortodoncia (06.2.1); servicios de

laboratorios de análisis médicos y centros radiográficos (06.2.3).

06.2.3 Servicios paramédicos (S)

- Servicios de laboratorios de análisis médicos y centros radiográficos.
- Servicios de enfermeras y obstetras independientes.
- Servicios de acupunturistas, traumatólogos, optometristas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos independientes, etc.
- Terapia de gimnasia correctiva recetada por médicos.
- Baños termales o tratamientos con agua de mar para pacientes externos.
- Servicios de ambulancia.
- Alquiler de equipo terapéutico.

Incluye: servicios de especialistas en medicina tradicional.

06.3 Servicios de hospital

Se define a la hospitalización como el alojamiento de un paciente en un hospital por la duración del tratamiento. Se incluye el tratamiento en hospitales de atención diurna y el tratamiento hospitalario basado en el hogar, al igual que hospicios para personas con enfermedades terminales.

Este grupo incluye los servicios de hospitales de servicios generales y de especialistas, los servicios de centros médicos, centros de maternidad, hospicios para ancianos y hogares para convalecencia que prestan esencialmente atención a pacientes internos, los servicios de instituciones que prestan servicios a ancianos en que la supervisión médica sea un componente esencial, y los servicios de centros de rehabilitación que presten atención y terapia de rehabilitación a pacientes internos y en que el objetivo sea tratar al paciente más que prestar apoyo a largo plazo.

Se define a los hospitales como instituciones que ofrecen atención a pacientes internos bajo la supervisión directa de médicos calificados. Los cen-

tros médicos, centros de maternidad, hospicios para ancianos y hogares para convalecientes también prestan atención a pacientes internos, pero sus servicios son supervisados o ejecutados por personal con calificaciones menores que los médicos.

Este grupo no incluye los servicios de instalaciones como consultorios, clínicas y dispensarios dedicados exclusivamente a la atención de pacientes externos (06.2). Tampoco incluye los servicios de hogares de retiro para ancianos, instituciones para discapacitados y centros de rehabilitación que presten esencialmente apoyo a largo plazo (12.4).

06.3.0 Servicios hospitalarios (S)

Los servicios de hospital incluyen la prestación de los servicios siguientes a los pacientes internos:

- Servicios básicos: administración, alojamiento, comida y bebida, supervisión y atención por personal no especializado (auxiliares de enfermería), primeros auxilios y resucitación, transporte en ambulancias, suministros de medicamentos y otros productos farmacéuticos, suministro de artefactos y equipo terapéuticos.
- Servicios médicos: servicios de médicos generales o de especialistas, cirujanos y dentistas; análisis médicos y radiografías; servicios paramédicos, como los de enfermeros, obstetras, traumatólogos, optometristas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc.

12. Bienes y servicios diversos

12.5 Seguros

Los cargos por servicio de los seguros se clasifican de acuerdo con la naturaleza de dichos seguros, a saber: seguros de vida y otros seguros (por ejemplo seguros en relación con la vivienda, la salud, el transporte, etc.). Los cargos por servicio de los seguros multirriesgo, que cubran varios riesgos, deberán clasificarse según el costo del riesgo principal, si no se pueden atribuir los cargos por servicio a los distintos riesgos cubiertos.

Se define el cargo por servicio como la diferencia entre las indemnizaciones debidas y las primas ganadas y las primas suplementarias.

- 12.5.3 Seguro relacionado con la salud (S)
- Cargos por servicio correspondientes al seguro de enfermedad y accidentes.

La salud en la CCIF (ISFLSH): definición por clase

13.2 Salud

La misma función que la correspondiente a los Grupos 02.1 a 02.6 de la CFISFL.

Este grupo corresponde a la División 06 (gasto de consumo individual de los hogares en salud) y al Grupo 14.2 (gasto de consumo individual del gobierno general en salud).

- 13.2.1 Productos farmacéuticos (ND)
- Tal como se especifica en CFISFL, 02.1.1. Corresponde a (06.1.1) y (14.2.1).
- 13.2.2 Otros productos médicos (ND)
- Tal como se especifica en CFISFL, 02.1.2. Corresponde a (06.1.2) y (14.2.2).
- 13.2.3 Artefactos y equipo terapéuticos (D)
- Tal como se especifica en CFISFL, 02.1.3. Corresponde a (06.1.3) y (14.2.3).
- 13.2.4 Servicios médicos ambulatorios (S)
- Tal como se especifica en CFISFL, 02.2.1. Corresponde a (06.2.1) y (14.2.4).
- 13.2.5 Servicios dentales ambulatorios (S)
- Tal como se especifica en CFISFL, 02.2.2. Corresponde a (06.2.2) y (14.2.5).
- 13.2.6 Servicios paramédicos ambulatorios (S)
- Tal como se especifica en CFISFL, 02.2.3. Corresponde a (06.2.3) y (14.2.6).

- 13.2.7 Servicios hospitalarios (S)
- Tal como se especifica en CFISFL, 02.3.0. Corresponde a (06.3.0) y (14.2.7).

- 13.2.8 Otros servicios de salud (S)
- Tal como se especifica en CFISFL, 02.4.0, 02.5.0 y 02.6.0.

La salud en la CCIF (administraciones públicas): definición por clase

14.2 Salud

La misma función que la correspondiente a los Grupos 07.1 a 07.4 de la CFISFL.

Este grupo corresponde a la División 06 (gasto de consumo individual de los hogares en salud) y al Grupo 13.2 (gasto de consumo individual de las ISFLSH en salud).

- 14.2.1 Productos farmacéuticos (ND)
- Tal como se especifica en CFAP, 07.1.1. Corresponde a (06.1.1) y a (13.2.1).
- 14.2.2 Otros productos médicos (ND)
- Tal como se especifica en CFAP, 07.1.2. Corresponde a (06.1.2) y (13.2.2).
- 14.2.3 Artefactos y equipo terapéuticos (D)
- Tal como se especifica en CFAP, 07.1.3. Corresponde a (06.1.3) y (13.2.3).
- 14.2.4 Servicios médicos ambulatorios (S)
- Tal como se especifica en CFAP, 07.2.1 y 07.2.2. Corresponde a (06.2.1) y (13.2.4).
- 14.2.5 Servicios dentales ambulatorios (S)
- Tal como se especifica en CFAP, 07.2.3. Corresponde a (06.2.2) y (13.2.5).
- 14.2.6 Servicios paramédicos ambulatorios (S)
- Tal como se especifica en CFAP, 07.2.4. Corresponde a (06.2.3) y (13.2.6).

14.2.7 Servicios hospitalarios (S)

- Tal como se especifica en CFAP, 07.3;1, 07.3.2, 07.3.3 y 07.3.4. Corresponde a (06.3.0) y (13.2.7).

14.2.8

Servicios de salud pública (S)

- Tal como se especifica en CFAP, 07.4.0.

LA SALUD EN LA CFISFL: DEFINICIÓN POR CLASE

02. Salud

Esta división comprende las siguientes instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares:

- Hospitales generales y especializados, hogares de ancianos y casas de reposo, centros médicos y clínicas de maternidad, residencias para enfermos desahuciados;
- Consultorios, clínicas, centros de vacunación y dispensarios;
- Centros de rehabilitación cuyo objetivo es tratar a los pacientes, en lugar de proporcionarles sustento a largo plazo;
- Organizaciones voluntarias para tripulaciones de ambulancias y personal paramédico que preste servicios médicos de emergencia;
- Organizaciones que promuevan la salud pública y la educación sanitaria;
- Organizaciones que presten servicios médicos a personas que sean víctimas de guerras, hambrunas y catástrofes naturales, ya sea en su propio país o en el extranjero;
- Organizaciones que lleven a cabo estudios científicos e investigaciones sobre cuestiones médicas y sanitarias, y fondos fiduciarios u organizaciones de caridad que financien actividades de esa índole;
- Fundaciones caritativas que proporcionen apoyo financiero a hospitales, hogares de ancianos, consultorios, etc., y fundaciones de caridad que proporcionen apoyo financiero a los pacientes.

Incluye: hospitales, hogares de ancianos, consultorios, etc., financiados por organizaciones religiosas.

Excluye: Residencias para personas de edad o discapacitadas (05.1.0); hogares para personas desamparadas (05.1.0).

02.1 Productos, artefactos y equipo médicos

Este grupo comprende medicamentos, prótesis, aparatos y equipo médicos y otros productos relacionados con la salud y obtenidos por individuos u hogares, con o sin receta, procedentes habitualmente de dispensarios, farmacéuticos o proveedores de equipo médico. Está previsto que esos productos se consuman o utilicen fuera de un establecimiento o institución de salud. Esos productos, que son facilitados directamente a los pacientes ambulatorios por médicos, dentistas y miembros del personal paramédico o a los pacientes hospitalizados por los propios hospitales e instituciones análogas, están incluidos en los servicios a pacientes ambulatorios (02.2) o en los servicios hospitalarios (02.3).

02.1.1 Productos farmacéuticos

- Suministro de productos farmacéuticos, tales como preparados medicinales, medicamentos, remedios patentados, sueros y vacunas, vitaminas y minerales, aceite de hígado de bacalao y aceite de hígado de hipogloso, anticonceptivos orales.

02.1.2 Otros productos médicos

- Suministro de productos médicos, tales como termómetros clínicos, vendas adhesivas y no adhesivas, jeringas hipodérmicas, botiquines de primeros auxilios, botellas para agua caliente y bolsas para hielo, artículos de calcetería ortopédica, tales como medias elásticas y rodilleras, pruebas para determinar el embarazo, profilácticos y otros dispositivos anticonceptivos mecánicos.

02.1.3 Aparatos y equipos terapéuticos

- Suministro de aparatos y equipos terapéuticos, tales como anteojos y lentes de contacto para rectificar la visión, audífonos, ojos de vidrio,

extremidades artificiales y otras prótesis, soportes ortopédicos, calzado ortopédico, cinturones ortopédicos, bragueros y soportes, soportes cervicales, equipo para masajes terapéuticos y lámparas de rayos, sillas de ruedas, motorizados y manuales, y carruajes para inválidos, camas “especiales”, muletas, dispositivos electrónicos y de otro tipo para vigilar la presión arterial, etc.

Incluye: dentaduras, pero no los gastos de su colocación y ajuste; reparación de aparatos y equipos para tratamientos terapéuticos.

Excluye: alquiler de equipo para tratamientos terapéuticos (02.2.3).

02.2 Servicios para pacientes externos

Este grupo comprende servicios médicos, odontológicos y paramédicos prestados a pacientes ambulatorios por profesionales médicos, odontológicos o paramédicos y sus ayudantes. Los servicios pueden prestarse en el hogar, en consultorios colectivos o individuales, dispensarios o clínicas ambulatorias de hospitales e instituciones análogas.

Los servicios para pacientes ambulatorios comprenden medicamentos, prótesis, aparatos y equipos médicos, y otros productos relacionados con la salud, suministrados directamente a pacientes ambulatorios por profesionales médicos, odontológicos y paramédicos y sus ayudantes.

Los servicios médicos, odontológicos y paramédicos prestados a pacientes ambulatorios por hospitales e instituciones análogas se incluyen en los servicios hospitalarios (02.3).

02.2.1 Servicios médicos (S)

- Prestación de servicios médicos por profesionales de medicina general y profesionales médicos especialistas.

Incluye: servicios de especialistas en ortodoncia.

Excluye: servicios de laboratorios de análisis médicos y centros de radiografía (02.2.3); servicios de profesionales de medicina tradicional (02.2.3).

02.2.2 Servicios odontológicos

- Prestación de servicio odontológico por dentistas, asistentes de higiene bucal y otros asistentes odontológicos.

Incluye: gastos de ajuste de dentaduras.

Excluye: dentadura (02.1.3); servicios de especialistas en ortodoncia (02.2.1); servicios de laboratorios de análisis médicos y centros de radiografía (02.2.3).

02.2.3 Servicios paramédicos

- Prestación de servicios paramédicos, tales como:
 - Servicios de laboratorio de análisis médicos y centros de radiografía;
 - Servicios de enfermeros y parteras;
 - Servicios de acupunturistas, quiroprácticos, optometristas, fisioterapeutas, rehabilitadores del habla o logopedas, etc.
 - Terapia de gimnasia correctiva por prescripción facultativa;
 - Hidroterapia con agua de mar y baños termales para pacientes ambulatorios;
 - Servicios de ambulancias distintos de los servicios de ambulancias de los hospitales;
 - Alquiler de equipo terapéutico.

Incluye: servicios de profesionales de medicina tradicional.

Excluye: laboratorios de servicios de salud pública (02.4.0); laboratorios dedicados a determinar las causas de ciertas enfermedades (02.5.0).

02.3 Servicios de hospital

La hospitalización consiste en que un paciente esté internado durante su tratamiento. Están incluidos los tratamientos hospitalarios diurnos y los reali-

zados en el hogar, así como en los hospicios para personas desahuciadas.

Este grupo comprende los servicios de hospitales generales y especializados, los servicios de centros médicos, centros de maternidad, los hogares de ancianos y las casas de reposo que prestan, sobre todo, servicios a pacientes ambulatorios, los servicios de instituciones que prestan servicios a las personas de edad, uno de cuyos aspectos fundamentales es la supervisión médica, y los servicios de centros de rehabilitación que proporcionan atención sanitaria y terapia de rehabilitación a pacientes ambulatorios, en que el objetivo es la atención del paciente, más que brindarle apoyo a largo plazo.

Los hospitales son, por definición, instituciones que atienden a pacientes ingresados bajo la supervisión directa de médicos calificados. Los centros médicos, las maternidades, los hogares de ancianos y las casas de reposo también prestan atención a pacientes ingresados, pero sus servicios son supervisados, y a menudo prestados, por personal menos calificado que los médicos.

Este grupo no comprende ciertos establecimientos, como consultorios, clínicas y dispensarios dedicados exclusivamente a la atención de pacientes ambulatorios (02.2). Tampoco incluye casas de retiro para personas de edad, ni instituciones para discapacitados y centros de rehabilitación que prestan sobre todo apoyo a largo plazo (05.1).

02.3.0 Servicios hospitalarios

- Prestación de los siguientes servicios a pacientes de hospitales:
 - Servicios básicos: administración, alojamiento, alimentación, supervisión y atención por personal no especializado (auxiliares de enfermería), primeros auxilios y resucitación, transporte en ambulancias, suministro de medicamentos y otros productos farmacéuticos, suministro de aparatos y equipos terapéuticos.

- Servicios de médicos en general o especialistas, cirujanos y dentistas; análisis médicos y radiografías; servicios paramédicos, tales como los de enfermeros, obstetras o comadronas, quiroprácticos, optometristas, fisioterapeutas, rehabilitadores del habla o logopedas, etc.

02.4 Servicios de salud pública

02.4.0 Servicios de salud pública

- Prestación de servicios de salud pública, tales como elaboración y distribución de información sobre cuestiones de salud pública, servicios de planificación a la familia, funcionamiento de bancos de sangre (extracción, procesamiento, almacenamiento y remisión), detección de enfermedades (cáncer, tuberculosis, enfermedades venéreas), prevención (inmunización, inoculación), vigilancia (nutrición infantil, salud infantil), reunión de datos epidemiológicos, etc.

Incluye: servicios de salud pública prestados por equipos especiales a grupos de clientes, la mayoría de los cuales gozan de buena salud, en centros de trabajo, escuelas y otros lugares que no tienen carácter médico; servicios de salud pública no relacionados con un hospital, clínica o profesional determinados; servicios de salud pública no prestados por médicos calificados; servicios prestados por laboratorios de salud pública.

Excluye: laboratorios de análisis médicos (02.2.3); laboratorios dedicados a determinar las causas de enfermedades (02.5.0).

02.5 Investigación y desarrollo en materia de salud

02.5.0 Investigación y desarrollo en materia de salud

- Investigación aplicada y desarrollo experimental sobre temas relacionados con la salud.

02.6 *Otros servicios de salud*

02.6.0 *Otros servicios de salud*

- Servicios de salud prestados por instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares y no clasificadas en los rubros (02.1.1) a (02.5.0).

LA SALUD EN LA CFAP: DEFINICIÓN POR CLASE

07. *Salud*

Los desembolsos del Estado en salud incluyen los gastos en servicios prestados a particulares y en servicios prestados a 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 de salud colectivos atañen a cuestiones como la formulación y la administración de la política gubernamental; la fijación y ejecución de las normas sobre el personal médico y paramédico y sobre los hospitales, clínicas, consultorios, etc.; la regulación y concesión de licencias a los proveedores de servicios de salud; y la investigación aplicada y el desarrollo experimental en asuntos médicos y de la salud. Sin embargo, los gastos generales relacionados con la administración o el funcionamiento de un grupo de hospitales, clínicas, consultorios, etc. se consideran gastos individuales y se clasifican en los grupos (07.1) a (07.4), según proceda.

07.1 *Productos, artefactos y equipo médicos*

Este grupo incluye los medicamentos, las prótesis, los aparatos y equipos médicos y otros productos relacionados con la salud obtenidos por particulares o familias, con receta o sin ella, y proporcionados normalmente por farmacéuticos o proveedores de equipos médicos. Se trata de productos que se consumen fuera de las instalaciones o centros de salud. Estos productos los

proporcionan directamente los médicos, dentistas y paramédicos a los pacientes que acuden a consultas externas, o los hospitales y otros centros parecidos, a los pacientes que están ingresados; están incluidos en servicios de consulta externa (07.2) o en servicios hospitalarios (07.3).

07.1.1 *Productos farmacéuticos*

- Suministro de productos farmacéuticos como, por ejemplo, preparados medicinales, drogas medicinales, medicinas patentadas, sueros y vacunas, vitaminas y minerales, aceite de hígado de bacalao y aceite de hígado de fletán y anticonceptivos orales.
- Administración, gestión y apoyo del suministro de productos farmacéuticos.

07.1.2 *Otros productos médicos*

- Suministro de productos médicos como, por ejemplo, termómetros clínicos, vendas adhesivas y no adhesivas, jeringuillas hipodérmicas, botiquines de primeros auxilios, botellas de agua caliente y bolsas de hielo, artículos de punto para uso médico como, por ejemplo, medias elásticas y rodilleras, pruebas de embarazo, preservativos y otros anticonceptivos mecánicos.
- Administración, gestión y apoyo del suministro de otros productos médicos recetados.

07.1.3 *Aparatos y equipos terapéuticos*

- Suministro de aparatos y equipos terapéuticos como, por ejemplo, lentes correctores y lentes de contacto, prótesis auditivas, ojos de cristal, miembros artificiales y otras prótesis, bragueros y otros soportes ortopédicos, calzado ortopédico, cinturones quirúrgicos, bragueros y soportes, collarines cervicales, equipos de masaje médico y lámparas para uso médico, sillas de ruedas automáticas o no automáticas y vehículos para enfermos, camas "especiales", muletas, aparatos electrónicos y de otro tipo para medir la presión arterial, etc.
- Administración, gestión o apoyo del suministro de aparatos y equipos terapéuticos recetados.

Incluye: dentaduras postizas, pero no los costos de las pruebas; la reparación de aparatos y equipos terapéuticos.

Excluye: el alquiler de equipos terapéuticos (07.2.4).

07.2 Servicios para pacientes externos

Este grupo cubre los servicios médicos, dentales y paramédicos prestados por médicos, dentistas, paramédicos y auxiliares a pacientes que acuden a consultas externas. Los servicios pueden prestarse en casa, en consultorios individuales o colectivos, en dispensarios o ambulatorios de hospitales o en otros centros semejantes.

Los servicios de consulta externa incluyen los medicamentos, las prótesis, los aparatos y equipos médicos y otros productos relacionados con la salud proporcionados directamente a los pacientes que acuden a las consultas externas por los médicos, dentistas, paramédicos y auxiliares médicos. Los servicios médicos, dentales y paramédicos que proporcionan los hospitales y otros proveedores a los pacientes ingresados quedan incluidos en servicios hospitalarios (07.3).

07.2.1 Servicios médicos generales

Esta clase cubre los servicios proporcionados por las clínicas médicas generales y por los médicos generalistas.

Las clínicas médicas generales se definen como instituciones que proporcionan principalmente servicios de consulta externa no limitados a una especialidad médica en particular y que son prestados principalmente por médicos titulados. Los médicos generalistas no se especializan en ninguna rama médica en particular.

- Prestación de servicios médicos generales.
- Administración, inspección, gestión o apoyo de los servicios médicos generales prestados por las clínicas médicas generales o por los médicos generalistas.

Excluye: los servicios de los laboratorios de análisis médicos y los centros de radiografía (07.2.4).

07.2.2 Servicios médicos especializados

Esta clase comprende los servicios de las clínicas médicas especializadas y de los médicos especialistas.

Las clínicas médicas especializadas y los médicos especialistas difieren de las clínicas médicas generales y los médicos generalistas en que sus servicios se limitan al tratamiento de una dolencia, enfermedad, procedimiento o tipo de paciente en particular.

- Prestación de servicios médicos especializados.
- Administración, inspección, gestión o apoyo de los servicios médicos especializados prestados por las clínicas médicas especializadas o los médicos especialistas.

Incluye: los servicios de ortodoncia.

Excluye: las clínicas odontológicas y los dentistas (07.2.3); los servicios de los laboratorios de análisis médicos y los centros de radiografía (07.2.4).

07.2.3 Servicios odontológicos

Esta clase cubre los servicios de las clínicas odontológicas generales o especializadas, los dentistas generalistas o especialistas, los higienistas dentales y otros auxiliares dentales.

Las clínicas odontológicas proporcionan servicios de consulta externa. Los supervisores y el resto de la plantilla no siempre son dentistas; a veces son higienistas o auxiliares dentales.

- Prestación de servicios odontológicos a pacientes que acuden a consultas externas.
- Administración, inspección, gestión y apoyo de los servicios odontológicos prestados por las clínicas dentales generales o especializados y los dentistas generalistas o especialistas, los higienistas dentales y otros auxiliares.

Incluye: los costos de prueba de dentaduras postizas.

Excluye: dentaduras postizas (07.1.3); servicios de ortodoncia (07.2.2); servicios de laboratorios de análisis médicos y centros de radiografía (07.2.4).

07.2.4 Servicios paramédicos

- Prestación de servicios de salud paramédicos a pacientes que acuden a consultas externas.
- Administración, inspección, gestión o apoyo de los servicios de salud prestados por clínicas supervisadas por enfermeros, parteras, fisioterapeutas, ergoterapeutas, terapeutas de dicción u otro personal paramédico, y de los servicios de salud prestados por enfermeros, parteras y personal paramédico fuera de los consultorios, en el domicilio del paciente o en otros lugares distintos de los centros de salud.

Incluye: acupunturistas, quiropodistas, quiroprácticos, optometristas, especialistas en medicina tradicional, etc., laboratorios de análisis médicos y centros de radiografía; alquiler de equipos terapéuticos; terapia de gimnasia correctora recetada por el personal médico; baños termales o tratamientos de agua de mar para pacientes de consulta externa; servicios de ambulancia complementarios a los servicios de ambulancia de los hospitales.

Excluye: laboratorios de servicios de salud pública (07.4.0); laboratorios especializados en determinar las causas de las enfermedades (07.5.0).

07.3 Servicios hospitalarios

La hospitalización se define como la estancia de un paciente en un hospital durante el tiempo que dura su tratamiento. Las estancias en el hospital durante el día, el tratamiento hospitalario en casa y los hospitales para personas con enfermedades terminales se incluyen en esta categoría.

Este grupo comprende los servicios de hospitales generales y especializados, centros médicos, cen-

tros de servicios de maternidad, residencias de ancianos y residencias de convalecencia que proporcionan servicios principalmente a pacientes ingresados, los servicios de los hospitales militares de base, los servicios de las instituciones de atención a las personas mayores que tengan como componente esencial la vigilancia médica, y los servicios de los centros de rehabilitación que presten atención médica a pacientes ingresados y terapia de rehabilitación cuyo objetivo sea tratar al paciente en lugar de proporcionar apoyo a largo plazo.

Los hospitales se definen como instituciones que ofrecen atención a pacientes ingresados bajo la supervisión directa de médicos titulados. Los centros médicos, los centros de servicios de maternidad, las residencias de la tercera edad y las residencias de convalecencia también proporcionan atención a pacientes ingresados, pero sus servicios son supervisados y a menudo prestados por personal de titulación inferior a la de un médico.

Este grupo no incluye instalaciones como los hospitales militares de campaña (02.1), los consultorios, las clínicas y los dispensarios que prestan servicios exclusivamente a los pacientes de consulta externa (07.2), las instituciones para personas discapacitadas y los centros de rehabilitación que principalmente prestan apoyo a largo plazo (10.1.2), las residencias para personas mayores jubiladas (10.2.0). Tampoco cubre los pagos a pacientes por pérdidas de ingresos debido a la hospitalización (10.1.1).

Los servicios hospitalarios incluyen los medicamentos, las prótesis, los aparatos y equipos médicos y otros productos relacionados con la salud proporcionados a los pacientes del hospital. También incluyen el gasto no médico de los hospitales en concepto de administración, plantilla no médica, alimentos y bebidas, alojamiento (incluido el del personal), etc.

07.3.1 Servicios hospitalarios generales

- Prestación de servicios hospitalarios generales.

- Administración, inspección, gestión o apoyo de los hospitales que no limitan sus servicios a una determinada especialidad médica.

Excluye: los centros médicos que no están bajo supervisión directa de un médico titulado (07.3.3).

07.3.2 Servicios hospitalarios especializados

Los hospitales especializados difieren de los hospitales generales en que sus servicios se limitan al tratamiento de una afección o enfermedad particular, o a un tipo de paciente determinado, por ejemplo, enfermedades del tórax y tuberculosis, lepra, cáncer, otorrinolaringología, siquiatria, obstetricia, pediatría, etc.

- Prestación de servicios hospitalarios especializados.
- Administración, inspección, gestión o apoyo de los hospitales que limitan sus servicios a una determinada especialidad médica.

Excluye: los centros de servicios de maternidad que no están bajo la supervisión directa de un médico titulado (07.3.3).

07.3.3 Servicios médicos y de centros de maternidad

- Prestación de servicios médicos y de centros de maternidad.
- Administración, inspección, gestión o apoyo de servicios médicos y de centros de maternidad.

07.3.4 Servicios de residencias de la tercera edad y de convalecencia

Las residencias de la tercera edad y de convalecencia proporcionan servicios a los pacientes ingresados que se recuperan de una operación quirúrgica o de una enfermedad o dolencia debilitadora que exige principalmente la vigilancia y el suministro de medicamentos, la fisioterapia y la reeducación para compensar por la pérdida de una función, o el descanso.

- Prestación de servicios de las residencias de la tercera edad o de convalecencia.

- Administración, inspección, gestión o apoyo de los servicios de las residencias de la tercera edad o las residencias de convalecencia.

Incluye: las instituciones que atienden a las personas mayores, en las que la vigilancia médica es un componente esencial; los centros de rehabilitación que proporcionan atención sanitaria a los pacientes ingresados y terapia de rehabilitación, cuando el objetivo es tratar al paciente en lugar de proporcionar apoyo a largo plazo.

07.4 Servicios de salud pública

07.4.0 Servicios de salud pública

- Prestación de servicios de salud pública.
- Administración, inspección, gestión o apoyo de los servicios de salud pública, como la gestión de los bancos de sangre (extracción, procesamiento, almacenamiento, despacho), diagnóstico de enfermedades (cáncer, tuberculosis, enfermedades venéreas), prevención (inmunización, inoculación), vigilancia (nutrición infantil, salud infantil), recopilación de datos epidemiológicos, servicios de planificación familiar, etc.
- Preparación y difusión de información sobre asuntos relacionados con la salud pública.

Incluye: servicios de salud pública prestados por equipos especiales a grupos de clientes, la mayoría de los cuales se encuentran en buena salud, en los lugares de trabajo, las escuelas y otros lugares distintos de los centros médicos; servicios de salud pública no relacionados con un hospital, una clínica o un médico, servicios de salud pública que no son prestados por médicos titulados; laboratorios de salud pública.

Excluye: laboratorios de análisis médicos (07.2.4); laboratorios que determinan las causas de las enfermedades (07.5.0).

07.5 Investigación y desarrollo relacionados con la salud

Las definiciones de investigación básica, investigación aplicada y desarrollo experimental figuran en (01.4) y (01.5).

07.5.0 Investigación y desarrollo relacionados con la salud

- Administración y gestión de los organismos gubernamentales dedicados a investigación aplicada y desarrollo experimental relacionados con la salud.
- Donaciones, prestaciones o subsidios en apoyo a investigación aplicada y desarrollo experimental relacionados con la salud realizados por órganos no gubernamentales como institutos de investigación y universidades.

Incluye: los laboratorios dedicados a determinar las causas de las enfermedades.

Excluye: investigación básica (01.4.0).

07.6 Salud n.e.p.

07.6.0 Salud n.e.p.

- Administración, gestión o apoyo de actividades como formulación, administración, coordinación y vigilancia de políticas, planes, programas y presupuestos generales en materia de salud; preparación y ejecución de legislación y normas de actuación sobre prestación de servicios de salud, incluida la concesión de licencias a los establecimientos médicos y al personal médico y paramédico; producción y difusión de información general, documentación técnica y estadísticas sobre salud.

Incluye: asuntos y servicios relacionados con la salud que no pueden asignarse a (07.1), (07.2), (07.3), (07.4) ni (07.5).

LA SALUD EN LA CGPF: DEFINICIÓN POR CLASE

05. Gastos en desarrollo de los recursos humanos

Los gastos en desarrollo de los recursos humanos pueden definirse como un conjunto de actividades emprendidas para mejorar la eficiencia de los recursos humanos y otorgar beneficios a los empleados. Comprenden también los gastos en equipo, instalaciones, personal correspondientes, etc.

Excluye: pagos en especie, tales como comida o ropa, alojamiento gratis o subsidiado, dispositivos y medidas de seguridad en el trabajo, guarderías infantiles, contribuciones a instalaciones culturales, recreativas y docentes que prestan servicios al público en general.

05.2 Gastos en servicios de salud

Gastos en servicios médicos, como la prestación de servicios de emergencia, exámenes ordinarios, etc., así como en equipo, instalaciones y personal correspondientes.

ACRÓNIMOS

ATQ	Sistema de clasificación anatómico terapéutico químico
AVD	Actividades de la vida diaria
CCIF	Clasificación del consumo individual por finalidades
CCP	Clasificación Central de Productos
CFAP	Clasificación de las funciones de las administraciones públicas
CGPF	Clasificación de los gastos de los productores por finalidades
CIAP	Clasificación Internacional en Atención Primaria
CIAP-2	Clasificación Internacional en Atención Primaria, segunda edición
CIDDM	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías
CIDDM-2	Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Rev. 10
CIE-10-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades, Rev. 10, Modificación Clínica
CIE-9	Clasificación Internacional de Enfermedades, Rev. 9
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades, Rev. 9, Modificación Clínica
CIU	Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas
CINE	Clasificación Internacional Normalizada de la Educación
CINE-97	Clasificación Internacional Normalizada de la Educación, edición de 1997
CIPAP	Clasificación Internacional de Procesos en Atención Primaria
CIPM	Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina
CIUO-88	Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, 1998
CN	Cuentas Nacionales
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
CUCI	Clasificación Uniforme para el Comercio Internacional
DDD	Dosis diaria definida (productos farmacéuticos)
EFI	Manual de Estadísticas de las Finanzas Públicas (FMI)
ETC	Equivalente a tiempo completo
Eurostat	Oficina Estadística de las Comunidades Europeas
FESP	Funciones esenciales de salud pública (OMS)
FMI	Fondo Monetario Internacional
GDR	Grupos de diagnóstico relacionados
HCFA	Health Care Financing Administration (EE.UU.)

I+D	Investigación y desarrollo
IARIW	International Association for Research on Income and Wealth (Asociación internacional de investigación sobre la renta y el patrimonio)
ICHA	Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud
ICHA-HC	Clasificación funcional de la atención de la salud de la ICHA
ICHA-HF	Clasificación de las fuentes de financiación de la ICHA
ICHA-HP	Clasificación de proveedores de servicios de salud de la ICHA
ICNP	Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería
IPC	Índice de precios de consumo
ISFLSH	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares
IVA	Impuestos sobre el valor añadido
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (EE.UU.)
n.e.p.	no clasificado en otra parte
NU	Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
p	Cuando aparece la letra “p” tras un código en una clasificación cruzada, indica que solo una parte de esa entrada corresponde al elemento a que se hace referencia.
PIB	Producto interno bruto
PPA	Paridad de poder adquisitivo
RHS	Recursos humanos en la atención de la salud
SCIAN	Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte
SCN 93	Sistema de Cuentas Nacionales, Revisión de 1993
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SCS	Sistema de Cuentas de Salud
TLCAN	Tratado de Libre Comercio de América del Norte
UE	Unión Europea
UMN	Unidad de Moneda Nacional
WONCA	World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Médicos Generales/de Familia); denominación abreviada: World Organisation of Family Doctors (Organización Mundial de Médicos de Familia)

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL-SMITH, B. (1994), *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*, Longman, London and New York.
- ADEMA, W. (1997), "What Do Countries Really Spend on Social Policies? A Comparative Note", *OECD Economic Studies*, No. 28, OECD, Paris.
- ADEMA, W. (1998), "Net Social Expenditure", Labour Market and Social Policy Occasional Paper, No. 39, OECD, Paris.
- ADEMA, W. y M. EINERHAND (1998), "The Growing Role of Private Social Benefits", Labour Market and Social Policy Occasional Paper, No. 32, OECD, Paris.
- ADEMA, W. *et al.* (1996), "Net Public Social Expenditure", Labour Market and Social Policy Occasional Paper, No. 19, OECD, Paris.
- AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS (1997), "Measuring Outputs, Inputs and Productivity for Australian Public Acute-care Hospitals", OECD-UNECE-EUROSTAT Meeting of National Accounts Experts, 3-6 June, Paris.
- AUSTRALIAN HEALTH DATA COMMITTEE (1998), *National Health Data Dictionary, Version 8.0*, Australian Institute of Health and Welfare and National Health Data Committee, Canberra.
- BASU, J., LAZENBY, H.C. y LEVIT, K.R. (1995), "Medicare Spending by State: The Border-Crossing Adjustment", *Health Care Financing Review*, Winter, pp. 219-241.
- BERMAN, P.A., (1997), "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications", *Health Economics*, Vol. 6, pp. 11-30.
- BERMAN, P. y COOPER, D.M. (en preparación), *National Health Accounts, Version 2.0, Data for Decisionmaking*, Harvard.

- BETTCHER, D.W (1998), "Essential Public Health Functions: Results of the International Delphi Study by D.W. Bettcher, S. Sapirie and E.H.T. Goon", *World Health Statistics Quarterly*, Vol. 51(1), Geneva, pp. 44-54.
- BONTE, J.T.P. y OOSTERHOFF, W.G. (1981), "National Health Accounts", en WHO Regional Office for Europe (ed.), "Health Statistics, Report on the Fourth European Conference", Copenhagen.
- BOSKIN, M.J., DULBERGER, E.R., GORDON, R.J., GRILICHAS, Z. y JORGENSON, D.W. (1996), "Toward a More Accurate Measure of the Cost of Living", Final report to the Senate Finance Committee from the Advisory Commission to Study The Consumer Price Index.
- BRÜCKNER, G. (1996), "The German Health Information System: A Possible Means to Improve the International Comparison of Health Care Data?", OECD, Paris.
- BRÜCKNER, G. (1998), "The German Health Information System", Paper presented at the ECE/WHO Joint Meeting on Health Statistics, 14-16 October 1998, Rome.
- BRÜCKNER, G., HUBER, M., MONTSERRAT, A. y RASMUSSEN, E.E. (1998), "Developing a Comprehensive Framework for Health Care Statistics", Luxembourg.
- BURNER, S.T. y WALDO, D.R. (1995), "National Health Expenditure Projections, 1994-2005", *Health Care Financing Review*, Vol. 16/4, pp. 221-242.
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (1999), *National Health Expenditures in Canada, 1975-1998*, Ontario.
- CÁRDENAS, E. (1996), "The CPI for Hospital Services: Concepts and Procedures", *Monthly Labor Review* (USA), July, pp. 34-42.
- CASAS, M. y WILEY, M.M. (1993), *Diagnosis Related Groups in Europe: Uses and Perspectives*, Springer, Berlin/Heidelberg/New York.
- COOPER, B.S. y RICE, D.P. (1976), "The Economic Cost of Illness Revisited", *Social Security Bulletin*, February.
- CUTLER, D.M., McCLELLAN, M. y NEWHOUSE, J.P. (1996), "Are Medical Prices Declining?", NBER Working Paper 5750, National Bureau of Economic Research, Cambridge, USA.
- ESSPROS MANUAL (1996), *European System of Integrated Social Protection Statistics*, ECSC-EC-EAEC, Brussels, Luxembourg.
- EUROSTAT (1995), "Digest of Statistics on Social Protection in Europe, Volume 5", *Sickness*, Luxemburg.
- EUROSTAT (1997), Draft report of the Eurostat Task Force on Volume Measurement.

- EUROSTAT/IMF/OECD/UN/WTO (1999), Draft manual on statistics of international trade in services, 5 November, [www.oecd.org/std/serv\(99\)2.pdf](http://www.oecd.org/std/serv(99)2.pdf).
- FOULON A. (1982), "Proposals for a Homogeneous Treatment of Health Expenditure in the National Accounts", *The Review of Income and Wealth*, March, pp. 45-70.
- FRANK, R.G., BERNDT, E.R. y BUSCH, S.H. (1998), "Price Indexes for the Treatment of Depression", National Bureau of Economic Research Working Paper Series, No. 6417, Cambridge, Massachusetts.
- FRENK, J., LOZANO, R., GONZÁLEZ-BLOCK, M.A. *et al.* (1994), "Economía y Salud: Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México, Informe Final", Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), México, D.F.
- FUNSALUD (1996), "Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios, México.
- GORTER, D. y VAN DER LAAN, P. (1989), "An Economic Core System and the Socio-Economic Accounts Module for the Netherlands", International Association for Research in Income and Wealth (IARIW), 21st General Conference, August, Lahnstein, West Germany.
- GRIFFITHS, A. y MILLS, A. (1982), *Money For Health: A Manual For Surveys in Developing Countries*, Sondo Institute for Health and Socio-Economic Studies and the Ministry of Health of the Republic of Botswana, Geneva.
- HABER, S.G. y NEWHOUSE, J.P. (1991), "Recent Revisions to and Recommendations for National Health Expenditures Accounting", *Health Care Financing Review*, Vol. 13(1), pp. 111-116.
- HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION (1990), "Revisions to the National Health Accounts and Methodology", *Health Care Financing Review*, Vol. 11(4), pp. 42-54.
- HILL, P. (1986), "International Price Levels and Purchasing Power Parities", *OECD Economic Studies*, Vol. 6/Spring, OECD, Paris, pp. 133-159.
- ICD-9 (1975), International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Ninth Revision, WHO, Geneva.
- ICD-9-CM (1979), International Classification of Disease, Ninth Revision, Clinical Modification, National Center for Health Statistics, Hyattsville, USA.
- ICD-10 (1992), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, WHO, Geneva.
- ICD-10-CM (en preparación), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Clinical Modification, National Center for Health Statistics, Hyattsville, USA.

- ICPC-2, International Classification of Primary Care, Second edition (1998), World Organisation of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), International Classification Committee, Oxford University Press, Oxford.
- IC-Process-PC (1986), International Classification of Process in Primary Care, World Organisation of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, Oxford University Press, Paris.
- ILO (1990a), International Standard Classification of Occupations, ISCO-88, Geneva.
- ILO (1990b), "Surveys of Economically Active Population, Employment, Unemployment and Underemployment", *An ILO Manual on Concepts and Methods*, Geneva.
- INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, IGSS (1998), Eurostat Project on Health Care Resource Statistics, Project Report, Part I: Feasibility of Implementing a Common Method for Comparing Health Care Resource Statistics, Luxembourg.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (1993), "Nursing's Next Advance: An International Classification for Nursing Practice (ICNP)", Working Paper, Geneva.
- INTERNATIONAL MONETARY FUND (1986), *IMF Manual on Government Finance Statistics*, Washington.
- INTERNATIONAL MONETARY FUND (1993), *Balance of Payments Manual, 5th Edition*, Washington.
- JEE, M. (1998), "Health Outcomes in OECD Countries: A Framework of Health Indicators for Outcome-Oriented Policy Making", Labour Market and Social Policy Occasional Paper, No. 32, OECD, Paris.
- LALONDE, M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Government of Canada, Ottawa, Ontario.
- LAZENBY, H.C., LEVIT, K.R., WALDO, D.R., ADLER, G.S., LETSCH, S.W. y COWAN (1992), "Health Accounts: Lessons from the U.S. Experience", *Health Care Financing Review*, Vol. 13(4), Summer.
- LEVIT K.R. *et al.*, (1995), "State Health Expenditure Accounts: Building Blocks for State Health Spending Analysis", *Health Care Financing Review*, Fall.
- LEVIT K.R. *et al.* (1996), "National Health Expenditures, 1994", *Health Care Financing Review*, Spring, pp. 205-242.
- LEVY, E. (1982), "Sur deux orientations nouvelles possibles des comptes de la santé", *La santé fait ses comptes, une perspective internationale*, Economica.
- LINDSAY, P.A. y NEWHOUSE, J.P. (1986), "Summary of a Conference on National Health Expenditures Accounting", *Health Care Financing Review*, Vol. 7(4), pp. 87-96.

- MACH, E.P. y ABEL-SMITH, B. (1983), *Planning the Finances of the Health Sector, A Manual for Developing Countries*, WHO, Geneva.
- MANSELL, K. (1996), "New Data and the Measurement of Output for the Service Sector in the United Kingdom", *Review of Income and Wealth*, Ser. 42, No. 2.
- MCGUIRE, A., FENN, P. y MAYHEW, K. (1991), *Providing Health Care: the Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery*, Oxford University Press, Oxford.
- MINISTRY OF HEALTH, DENMARK (1994), Working Party on Community Health Data and Indicators, Annex C: Health Resources and Price Statistics.
- MURRAY, C.H.L. y LÓPEZ, A.D. (1996), *The Global Burden of Disease*, WHO, Geneva.
- NAICS (1999), North American Industry Classification System, NTIS, U.S. Department of Commerce.
- OECD (1995ff.), *OECD Health Data*, Paris.
- OECD (1977), *Public Expenditure on Health*, OECD Studies in Resource Allocation, No. 4, Paris.
- OECD (1980), *The OECD List of Social Indicators (Part IV: Inventory of data sources)*, Paris.
- OECD (1985), *Measuring Health Care 1960-1983: Expenditure, Costs and Performance*, OECD Social Policy Studies, No. 2, Paris.
- OECD (1986), *Living Conditions in OECD Countries. A Compendium of Social Indicators*, Social Policy Studies No. 3, Paris.
- OECD (1987), *Financing and Delivering Health Care, A Comparative Analysis of OECD Countries*, OECD Social Policy Studies, No. 4, Paris.
- OECD (1990), *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*, OECD Social Policy Studies, No. 4, Paris.
- OECD (1992), *The Reform of Health Care. A Comparative Study of Seven OECD Countries*, OECD Health Policy Studies, No. 2, Paris.
- OECD (1993), *OECD Health Systems: Facts and Trends 1960-1991*, OECD Health Policy Studies, No. 3, Paris.
- OECD (1994a), *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*, OECD Health Policy Studies, No. 5, Paris.
- OECD (1994b), *Caring for Frail Elderly People: New Directions in Care*, Social Policy Studies, No. 14, Paris.

- OECD (1994c), *Consumer Price Indices: Sources and Methods*, Paris.
- OECD (1994d), *Frascati Manual: The Measurement of Scientific and Technological Activities – Proposed Standard Practice for Survey of Research and Experimental Development*, Paris.
- OECD (1995), UOE 1995 Data Collection on Educational Finance, Paris.
- OECD (1995a), *New Directions in Health Care Policy*, OECD Health Policy Studies, No. 7, 1995.
- OECD (1995b), *Household Production in OECD Countries: Data Sources and Measurement Methods*, Paris.
- OECD (1995c), 1995 Data Collection on Educational Statistics: Definitions, Explanations, and Instructions, Paris.
- OECD (1996a), *Health Care Reform: The Will to Change*, Health Policy Studies, No. 8, Paris.
- OECD (1996b), “Social Expenditure Statistics of OECD Member Countries, Provisional Version”, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 17, Paris.
- OECD (1996c), *Caring for Frail Elderly People, Policies in Evolution*, OECD Social Policy Studies, No. 19, Paris.
- OECD (1996d), *Ageing in OECD Countries: A Critical Policy Challenge*, Paris.
- OECD (1996e), *Services: Measuring Real Annual Value Added*, Paris.
- OECD (1996f), *Services: Statistics on Value Added and Employment*, Paris.
- OECD (1999a), *OECD Health Data*, Paris.
- OECD (1999b), *OECD Social Expenditure Database, 1980-1996*, Paris.
- OECD/EUROSTAT (1995), *Canberra Manual. The Measurement of Scientific and Technological Activities*, Manual on the measurement of human resources devoted to S&T, OECD, Paris.
- OULTON, N. (1995), “Do UK Price Indexes Overstate Inflation?”, *National Institute Economic Review*, May.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) (1995), *Economia politica da saude: uma perspectiva quantitativa*, Série economia e financiamento, No.5, Brasil.
- POMMIER, P. (1981), “Social Expenditure. The French Experience with Satellite Accounts”, *Review of Income and Wealth*, December.
- POULLIER, J.P. (1982), “Les politiques et les système de santé dans les pays membres de l’OCDE”, in E. Levy (ed.), *La santé fait ses comptes, une perspective internationale*, Economica.

- ROBERTSON, R.L. *et al.* (1979), "Guidelines for Analysis of Health Sector Financing in Developing Countries", United States Department of Health, Education and Welfare, Bethesda, MD.
- RØDSTADSAND, J.I. y FLØTTUM, H.J. (1989), "Satellite and Adjunct Accounts in the National Accounts Development of Health Accounts in Norway", International Association for Research in Income and Wealth (IARIW), 21st General Conference, Lahnstein, West Germany, August.
- ROOS, N.P. *et al.* (1995), "A Population-based Health Information System", en N.P. Ross y E. Shapiro (eds.), *Health and Health Care, Experience with a Population-based Health Information System, Medical Care Supplement*, Dec., Vol. 33, No. 12, DS13-DS20.
- SARRAZIN, H.T. (1992), "Ein Satellitensystem für das Gesundheitswesen zu den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen", Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Statistisches Bundesamt, Bonn/Wiesbaden.
- SARRAZIN, H.T. (1999), "Concept of Expenditure and Financial Accounts for the Health Information System of the Federation", *Wirtschaft und Statistik*, No. 3, Statistisches Bundesamt, Bonn/Wiesbaden, pp. 225-236.
- SCHNEIDER, M. (1993), "Standardisation of European Health Expenditure Accounting", Discussion Paper for Working Group A of the BIOMED Project, Health Care Financing and the Single European Market, 9-10 December, Brussels.
- SCHNEIDER, M. *et al.* (1995), *Gesundheitssysteme im Internationalen Vergleich*, BASYS, Augsburg/Bonn.
- SCHNEIDER, M. *et al.* (1998), *Gesundheitssysteme im Internationalen Vergleich*, Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen, Übersichten 1997, BASYS, Augsburg/Bonn.
- SCITOVSKI, A.A. (1967), "Changes in the Cost of Treatment of Selected Illnesses, 1951-65", *American Economic Review*, No. 57, pp. 182-1195.
- SESI, SERVICE DES STATISTIQUES, DES ETUDES ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION (1990), *Concepts, Sources et Méthodes du Compte de la Santé*, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, Paris.
- SNA 93 (1993), System of National Accounts 1993, CEC, IMF, OECD, UN and the World Bank, Brussels/Luxembourg, New York, Paris, Washington, D.C.
- SNYDER, M., EGAN, E.C., NOJIMA, Y. (1996), "Defining Nursing Interventions", *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 28, No. 2, pp. 137-141.
- SOCIAL INSURANCE INSTITUTION (Finland) (1997), "Cost and Financing of Health Care in Finland 1960-1995" (en finlandés), Helsinki.
- STATISTICS FINLAND (1997), "Measuring Public Sector Productivity in Finland: Progress Report", OECD-UNECE-EUROSTAT Meeting of National Accounts Experts, 3-6 June, Paris.

- SUNGA, P.S. y SWINAMER, J.L. (1986), "Health Care Accounts – A Conceptual Framework and an Illustrative Example", *Canadian Review*, September, Ottawa.
- THEILLER, P. (1988), "A Concept of Satellite Accounting in the National Accounts", *The Review of Income and Wealth*, December, pp. 411-430.
- TRIPP-REIMER, T., WOODWORTH, G., McCLOSKEY, J.C. y BULECHEK, G. (1996), "The Dimensional Structure of Nursing Interventions", *Nursing Research*, Vol. 45, No. 1, pp. 10-17.
- UNESCO (1996), "International Standard Classification of Education (ISCED), Revised version II", Paris.
- UNESCO/OECD/EUROSTAT (1995), "Data Collection on Educational Statistics", Paris.
- UNITED NATIONS (1979), "Studies in the Integration of Social Statistics: Technical Report", Department of International Economic and Social Affairs, Statistical Office, Studies in Methods, Series F, No. 24, New York.
- UNITED NATIONS (1986), "Concepts and Methods for Integrating Social and Economic Statistics on Health, Education and Housing: A Technical Report", Department of International Economic and Social Affairs, Statistical Office, Studies in Methods, Series F, No. 40, New York.
- UNITED NATIONS (1989), "Handbook on Social Indicators", Department of International Economic and Social Affairs, Statistical Office, Studies in Methods, Series F, No. 49, New York.
- UNITED NATIONS (1990), "ISIC – International Standard Industrial Classification of all Economic Activities, 3rd Revision", Statistical Office of the United Nations, New York.
- UNITED NATIONS (1998a), "Central Product Classification, Version 1.0", Department of International Economic and Social Affairs, Statistical Office, Statistical Papers, Series M, No. 77, Version 1.0, New York.
- UNITED NATIONS (1998b), "Draft Classifications of Expenditure According to Purpose", Department of International Economic and Social Affairs, Statistical Office, Statistical Papers, ST/ESA/STAT/SER.M/84, Provisional, New York.
- U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT (1994), "International Comparisons of Administrative Costs in Health Care", BP-H-135, Washington, D.C. VAN MOSSEVELD, C.J.P.M. and P. VAN SON (1999) International Comparison of Health Care Data, Methodology development and application, Kluwer: Dordrecht.
- VAN TUINEN, H.K., DE BOO, B. y VAN RIJN, J. (1997), "Price Index Numbers of Complementary Goods, A Novel Treatment of Quality Changes and New Goods, Experimentally Applied to Inpatient Medical Care", Paper prepared for discussion at the 1997 meeting of the International Working Group on Price Statistics (Ottawa group).

- WALDO, D.R. (1996), *Creating Health Accounts for Developed and Developing Countries*, Washington.
- WARD, M. (1985), *Purchasing Power Parities and Real Expenditures in the OECD*, OECD, Paris.
- WHO (1978), *International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)*, Geneva.
- WHO (1980), "International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease", Geneva.
- WHO (1998), "Towards a Common Language for Functioning and Disablement: ICIDH-2", The International Classification of Impairments, Activities, and Participation, Geneva.
- WHO, COLLABORATING CENTRE FOR DRUG STATISTICS METHODOLOGY (1996), "Guidelines for ATC Classification and DDD Assignment", Oslo.
- WOLFSON, M.C. (1991), "A System of Health Statistics, Toward a Conceptual Framework for Integrating Health Data ", *Review of Income and Wealth*, Ser. 37/1, March.
- WOLFSON, M.C. (1994), "POHEM – A Framework for Understanding and Modelling the Health of Human Populations", *World Health Statistics Quarterly*, Vol. 47, pp. 157-176.