

Cuentas satélite y cuentas de salud

Un análisis comparativo

Federico Dorin
Salvador Marconi
Rafael Urriola



NACIONES UNIDAS

C E P A L

ESTUDIOS
ESTADÍSTICOS

ESTUDIOS ESTADÍSTICOS

Cuentas satélite y cuentas de salud

Un análisis comparativo

Federico Dorin
Salvador Marconi
Rafael Urriola



NACIONES UNIDAS



Este documento fue preparado por Federico Dorin y Salvador Marconi, funcionarios de la Unidad de Estadísticas Económicas y Ambientales de la División de Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y por Rafael Urriola, consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El documento forma parte de un programa de trabajo conjunto de la CEPAL y la OPS, cuyo objetivo es establecer puentes conceptuales, metodológicos y estadísticos entre el Sistema de Cuentas Nacionales 2008 (SCN 2008) y el Sistema de Cuentas de la Salud (SCS 2011).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1680-8770

LC/L.3865

Copyright © Naciones Unidas, julio de 2014. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
I. Definiendo el tema	9
A. ¿Por qué medir?	9
B. ¿Qué medir?	10
C. ¿Cómo medir?	11
II. Las cuentas de la salud	13
A. Relación entre el sistema de cuentas nacionales (SCN) y las cuentas satélite de salud (CSS).....	13
B. Relación entre el sistema de cuentas nacionales/cuentas satélites (SCN/CSS) y el sistema de cuentas de salud (SCS)	14
III. Principales conceptos y partidas en las cuentas de salud	19
A. Gasto total de salud	21
B. Gasto corriente de salud (GCS).....	22
C. Gasto de capital en las cuentas de salud.....	23
D. Consumo efectivo de los hogares de bienes y servicios de salud (CEHBSS).....	23
E. Transferencias en especie y mediante reembolsos a los hogares	27
F. Consumo individual de bienes y servicios de salud (CIBSS)	30
G. Consumo colectivo de bienes y servicios de salud (CCBSS)	32
H. Desglose del consumo efectivo de los hogares en bienes y servicios de salud (CEHBSS).....	32
1. Gastos en cuidados para adultos mayores y personas discapacitadas	32
2. Servicios de cuidados de salud a domicilio.....	33
3. Indemnizaciones por incapacidad laboral temporal	33
4. Subsidios	33
5. Gastos de prevención individuales y colectivos que realizan el Estado o las ISFLSH.....	33

6.	Investigación y formación en especialidades de la salud	34
7.	Costos de gestión de la salud, especialmente los de las instituciones aseguradoras	34
IV.	Tratamiento de las instituciones de aseguramiento de la salud	35
A.	El marco del SCN 2008	35
1.	Seguro social	35
2.	Asistencia social	38
3.	Seguros voluntarios	39
B.	El marco del SCS 2011	42
1.	Esquemas de financiamiento de la salud (<i>health care financing schemes</i>)	43
2.	Tipología de ingresos (<i>types of revenues</i>) de los esquemas de financiamiento de la salud	45
3.	Unidades institucionales de financiamiento de los sistemas de salud (<i>institutional units of health care financing systems</i>)	47
4.	Agentes de financiamiento (<i>financing agents</i>)	49
5.	Cuadros fundamentales del SCS	50
V.	Algunas consideraciones finales	51
	Bibliografía	55
	Anexos	57
Anexo 1	Antecedentes sobre la construcción y armonización de cuentas de salud en América Latina	58
Anexo 2	Clasificación de las entidades de la seguridad y asistencia social: el caso de Colombia	60
	Serie Estudios Estadísticos: números publicados	62
	Cuadros	
CUADRO 1	PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE EL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES Y EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD	14
CUADRO 2	DIFERENCIAS DE CONCEPTOS UTILIZADOS EN EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD DE LA OECD (SCS) Y EL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE NACIONES UNIDAS 1993 (SCN93)	15
CUADRO 3	COMPONENTES DE LOS USOS/GASTOS NACIONAL EN LAS CUENTAS SATÉLITE DEL SCN	20
CUADRO 4	CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CUENTAS DE SALUD (ICHA), SEGÚN FUNCIONES	24
CUADRO 5	CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE LA SALUD, POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL	28
CUADRO 6	PRODUCTOS ESPECÍFICOS EN LAS CSS DE CHILE	31
CUADRO 7	CUENTA SATÉLITE DE LA SALUD DE ESPAÑA: GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR PÚBLICO (2009)	31
CUADRO 8	FINANCIAMIENTO DEL CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR TIPO DE COBERTURA	40
CUADRO 9	TRATAMIENTO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES EN EL SCN 2008	41
CUADRO 10	CRITERIOS PARA CLASIFICAR LOS PRINCIPALES ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO A LA SALUD	43
CUADRO 11	CLASIFICACIÓN DE LOS INGRESOS EN LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD	46
CUADRO 12	INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO DE SALUD, POR UNIDADES INSTITUCIONALES Y TIPO DE INGRESO	48
CUADRO 13	CLASIFICACIÓN DE LOS AGENTES DE FINANCIAMIENTO EN RELACIÓN A LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO	49
CUADRO A.1	ESTADO DE AVANCE DE LAS CSS EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA	59

Gráficos

GRÁFICO 1	GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL PIB EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LA OCDE (1995-2009).....	9
GRÁFICO 2	CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD EN RELACIÓN AL PIB. FRANCIA 1950-2005	10

Recuadros

RECUADRO 1	CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS CARACTERÍSTICOS DE LA SALUD.....	29
RECUADRO 2	FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS.....	39
RECUADRO 3	CINCO CONCEPTOS CLAVE EN EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD.....	41

Diagramas

DIAGRAMA 1	GASTO CORRIENTE DE SALUD.....	22
DIAGRAMA 2	CONSUMO FINAL Y CONSUMO EFECTIVO	26
DIAGRAMA 3	LA LÓGICA DESCRIPTIVA EN SALUD	53

Resumen

Desde hace solo pocos años los países de América Latina han empezado a construir cuentas sectoriales bajo diferentes formas. En el caso de la salud, hace alrededor de 15 años inicia la elaboración de métodos y prácticas específicas para compilar cuentas satélite en el marco del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) o de las cuentas de la salud con metodologías diferentes aunque tampoco totalmente independientes del SCN.

En este contexto, aparece recientemente la versión en castellano del SCN 2008 y, de otra parte, fue difundido el *System of Health Account* (a partir de ahora, SCS) en el año 2011 elaborado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ambos documentos hacen avances y precisiones con respecto a sus versiones anteriores, ampliando la convergencia entre ellas.

Los autores de este texto han participado en numerosos foros y reuniones sobre salud y cuentas de la salud en la Región de las Américas, organizados por diferentes niveles de los sistemas públicos que se ocupan del tema. En ellos se ha coincidido en la necesidad de mejorar las estadísticas sectoriales y, sobre todo, de homogeneizar los conceptos para evitar duplicaciones y ambigüedades, asegurando de la mejor manera posible la comparación internacional. En esa perspectiva, este trabajo se centra en las definiciones de gastos y consumo de bienes y servicios de salud y en la institucionalidad del aseguramiento, dejando un cúmulo de otros aspectos para futuros análisis.

En consecuencia, el presente texto tiene por objeto explicitar los conceptos fundamentales de los marcos metodológicos expresados en ambos instrumentos para colaborar a su comprensión pero, sobre todo, para coadyuvar al esfuerzo en la construcción de cuentas en el ámbito de la salud que realizan los países de América Latina y el Caribe.

En la primera sección se examinan las razones por las que la salud requiere un tratamiento específico; el acelerado crecimiento del gasto sectorial en la mayoría de los países durante los últimos decenios y, por tanto, su creciente importancia en el Producto Interno Bruto (PIB). Esto exige que las autoridades dispongan de información oportuna, exhaustiva, fidedigna y en series históricas para tomar decisiones en base a experiencia empírica.

La segunda sección especifica el ámbito de las cuentas de salud y las relaciones de las cuentas satélite de salud y el SCN 2008, así como la relación entre el SCS y las llamadas Cuentas Nacionales de Salud. En la tercera parte se desarrollan los conceptos fundamentales para las cuentas de salud, en particular, el gasto total de salud, el gasto corriente y el consumo efectivo de los hogares de bienes y servicios de salud. Se explicitan, además, los elementos que componen los conceptos anteriores y algunas referencias a sus “límites” que suelen ser motivo de confusión, aun entre especialistas.

La cuarta sección se refiere a la institucionalidad del aseguramiento de la salud y su tratamiento en las diferentes acepciones. En esta sección se pasa revista a los seguros de salud, la seguridad social y la asistencia social, pero también se explicitan las concepciones de arreglos institucionales que desarrolla el SCS, considerando la multiplicidad de combinaciones para financiar la salud, así como las instituciones que se ocupan de la gestión de estas áreas.

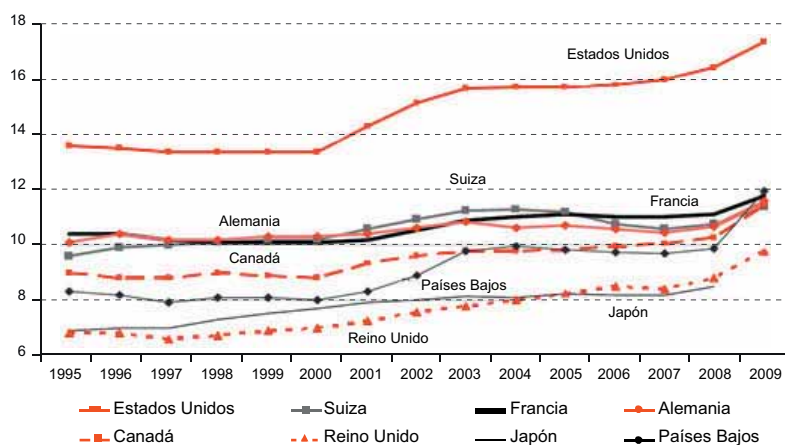
Finalmente, en las conclusiones se refuerza la idea inicial: es necesario que los países construyan y den sustentabilidad a las estadísticas sectoriales para fortalecer la eficiencia de las decisiones de las autoridades en pos de la equidad y el bienestar de las poblaciones de los países de la región.

I. Definiendo el tema

A. ¿Por qué medir?

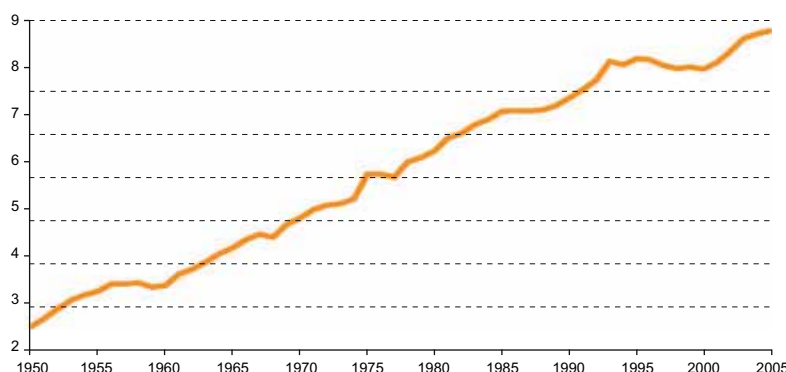
No cabe duda que los problemas económicos se jerarquizan en proporción directa a la importancia que tienen en la sociedad. La salud (es decir, en la perspectiva económica, la producción, financiamiento y consumo de bienes y servicios de salud) representa una proporción muy alta del consumo de los hogares, del gasto de los agentes y/o de la producción de las empresas. Por lo demás, el sector ha ido amplificando su importancia en los últimos años y hay quienes proyectan que seguirá creciendo a un ritmo superior al del producto interno bruto (PIB) de mantenerse la tendencia de largo plazo. Los gráficos siguientes dan cuenta de ambos fenómenos.

GRÁFICO 1
GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL PIB EN PAÍSES SELECCIONADOS
DE LA OCDE, 1995-2009



Fuente: Para Francia: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Comptes de la santé. Para los demás países; OCDE, Éco-Santé 2011.

GRÁFICO 2
CONSUMO DE BIENES Y SERVICIOS DE SALUD EN RELACIÓN AL PIB. FRANCIA 1950-2005



Fuente: Fenina (2007).

Es necesario, entonces, disponer de un instrumental que posibilite describir cuantitativamente y analizar desde la perspectiva económico-sectorial el sector de la salud, sus interrelaciones con los aspectos macroeconómicos y en lo posible sus vínculos con el capital humano y el bienestar social. Solo de esa manera, la descripción holística de la esfera de la salud contribuirá al diseño, toma de decisiones y monitoreo/evaluación de políticas públicas en el sector de la salud.

B. ¿Qué medir?

El bienestar de la sociedad depende tanto de los recursos económicos (ingreso y riqueza económico-financiera) como de elementos no monetarios tales como la valoración de su vida, su entorno natural, etc. La salud es uno de los componentes más importantes de las capacidades humanas (en la acepción de Amartya Sen) y del capital humano, pues sin salud, ningún otro elemento puede permitir alcanzar el bienestar. La salud, entonces, tiene un gran impacto sobre la duración y la calidad de la vida. Por su parte, esta última está influenciada por un amplio abanico de elementos que no necesariamente son intercambiados en el mercado y/o que no se contabilizan monetariamente.

Algunos ejercicios han intentado introducir en las mediciones monetarias convencionales del crecimiento económico elementos relacionados con la calidad de vida, aunque esos enfoques tienen varias limitaciones. Los indicadores no monetarios —por ejemplo— podrían jugar un papel más importante en la medición del progreso de una sociedad, enriquecer la descripción y aportar a la comprensión del estado del bienestar de la población y de la calidad de vida, sin pretensión de sustituir las medidas tradicionales (como es el caso de la esperanza de vida, las estadísticas sanitarias, etc.).

Antes de incurrir en el campo de la métrica, es imprescindible definir el “qué medir”. Para el efecto, partiendo quizás de la etimología básica, es necesario desplegar un cuerpo funcional que caracterice inequívocamente al objeto de la medición, en este caso la salud.

Una definición, utilizada por Eurostat, es aquella según la cual “... las actividades del sector salud son aquellas que concurren directamente a la producción de bienes y servicios que conforman la función de salud, es decir, las actividades que tienen por objeto la prevención y/o el tratamiento de una perturbación del estado de salud tal que ameritan comprometer los medios necesarios para reducir, suprimir o corregir los efectos de esa perturbación” (Fenina et.al 2011).

En la definición dada por BID-OPS (2002) se explicita que “las funciones de atención en salud representan la suma de actividades desempeñadas por instituciones o individuos, que persiguen —por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías especializados— los siguientes objetivos:

- promoción de la salud y prevención de enfermedades
- curación de enfermedades y reducción de la mortalidad prematura
- atención a personas que necesitan cuidados de enfermería¹ a causa de enfermedades crónicas
- atención a personas que necesitan cuidados de enfermería por impedimentos o discapacidad
- asistencia necesaria por muerte digna
- suministro y administración de la salud pública
- suministro y administración de programas, seguros de salud y otros dispositivos de financiación de la salud”.

Todas estas actividades deben ser contabilizadas como pertenecientes al sector salud cualquiera sea el enfoque utilizado, aunque hay detalles que los diferencian y que son, precisamente, objeto de este trabajo. En consecuencia, la definición funcional básica es clave para cualquier desarrollo posterior y es aquí donde radica lo esencial para avanzar hacia la homogenización de las cuentas de salud.

En resumen, los problemas principales -que constituyen el objeto de este trabajo- se asocian a:

- ¿qué funciones incorpora cada concepto?
- ¿qué actividades incorpora cada función?
- ¿cuáles actividades son características y cuáles conexas?
- ¿cuáles actividades son consumo individual o consumo colectivo del gobierno?
- ¿qué gastos de administración se incorporan y en qué concepto caben?
- ¿cómo se registra y a qué unidades afecta la formación bruta de capital fijo y el consumo de capital?

C. ¿Cómo medir?

El problema, desde la perspectiva económica, es cómo medir con rigurosidad lo que se denominará consumo de bienes y servicios de salud y lo que define el gasto total en salud². Para el análisis de estos conceptos existen diversas metodologías que se aplican en el marco de lo que, genéricamente, se entiende por cuentas de salud.

En la actualidad, existen dos marcos metodológicos diseñados para describir cuantitativamente los servicios de salud: el sistema de cuentas satélite de salud (CSS), concebido como una extensión del sistema de cuentas nacionales (SCN) elaborado y aprobado como estándar internacional por la Comisión Estadística de las Naciones Unidas y, el sistema de cuentas de salud, propuesto y utilizado como marco metodológico por la Organización Mundial de la Salud, la OCDE y Eurostat.

En efecto, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) compila cuentas de salud después de la segunda guerra mundial pero sólo a partir de la crisis del petróleo a mediados de los años setenta (Ravindra y Berman, 1995), surge el interés por analizar con mayor profundidad las causas subyacentes del gasto en salud que, por lo demás, creció enormemente a partir de la década de los 70. Los primeros trabajos sobre Cuentas de Salud (SCS) se basaron en un desglose del sistema de cuentas nacionales que habían sido, para entonces, homogeneizados a nivel internacional. Sin embargo, en el transcurso de la elaboración del SCS se detectaron serios problemas conceptuales y metodológicos.

¹ Si bien la palabra “enfermería” pudiese parecer restrictiva (por ejemplo, al no incluir otros cuidados y especialidades que conforman las profesiones de la salud) tiene por objeto separar de otros cuidados o atenciones no sanitarias que pudiesen necesitar estas personas. Por ejemplo, la preparación de la comida o la ayuda en el aseo personal, que no tienen por propósito principal directo la salud. En cambio, en una acepción que será analizada muy someramente, los cuidados generales podrían caber en la inversión en capital humano.

² Nótese, por ejemplo, que en los gráficos precedentes se usan ambos conceptos pero hay indicios (Fenina et. al. 2011) que medirlo de una u otra manera puede significar diferencias notorias que pueden alcanzar hasta un 20% del valor reportado.

Las diferencias entre los enfoques se encuentran en las bases conceptuales y las clasificaciones asociadas. Por ejemplo, el sistema de cuentas nacionales (SCN) clasifica el consumo gubernamental sobre la base de la nomenclatura institucional (actividad principal). Por ello, los servicios médicos para los militares se encuentran en la defensa nacional, mientras que los servicios médicos escolares se incluyen en educación. En cambio, las cuentas satélite o las demás cuentas de salud clasifican las actividades por funciones.

De manera similar, los servicios de salud laborales, generalmente incluidos en la llamada salud ocupacional y suministrados por las empresas, se definen en el SCN como un consumo intermedio y, por lo tanto, no aparecen en las cifras de consumo final de salud, sino en gastos asociados a la correspondiente industria o actividad productiva de la empresa de referencia³.

También existen problemas de clasificación en el campo del consumo privado. Por ejemplo, según Ravindra y Berman (1995) "...la diferencia entre las primas abonadas a los fondos de una compañía de seguros y sus pagos por servicios de salud reales, esto es, sus costos administrativos y beneficios netos, se clasifican como servicios financieros. Los servicios no se separan de la misma forma que los bienes. Aunque, en sí mismo esto no afecta a la estimación del conjunto total, impide la producción de cifras más detalladas que interesan a los planificadores del sector salud. Los servicios hospitalarios no siempre se separan entre pacientes ingresados y ambulatorios; sin embargo, esta separación es necesaria para cualquier análisis detallado del sector".

Desde 1964 -una de las series más antiguas sobre gasto nacional en salud- se publican las Cuentas Nacionales de Salud de los Estados Unidos (USNHA) que son pioneras en este campo. Se trata de un sistema matricial bidimensional que separa el gasto total en salud según sus fuentes y los servicios comprados con esos recursos, pudiendo ampliar el análisis al incorporar los usos.

Esta presentación es asociada más bien a las cuentas de fuentes y usos de fondos que son cuentas auxiliares de la contabilidad y que, por lo demás, se diferencian del SCN que incluye una matriz que describe principalmente las utilidades intermedias de los productos. Es decir, el objetivo de las USNHA es determinar el valor del gasto final de cada una de las actividades seleccionadas, sin priorizar el análisis del valor agregado o de los insumos intermedios que aportan las demás ramas de la producción⁴.

Los esfuerzos por armonizar los enfoques no han sido pocos. Entre los años 2003 y 2006, la CEPAL y la OPS en cooperación con las instituciones nacionales responsables de la elaboración de las cuentas nacionales organizaron una serie de talleres sobre "Armonización de cuentas de salud y el Sistema de Cuentas Nacionales SCN 1993" (una reseña de los resultados de tales debates se encuentra en Dorín y Gordillo, 2011) (véase el anexo 1).

Este texto, en cambio, considerando esas evaluaciones, apunta a hacer una revisión similar pero entre el SCN de 2008 y el Sistema de Cuentas de la Salud (SCS) o *System of Health Accounts* (SHA, por sus siglas en inglés) publicado por OCDE-EUROSTAT-OMS en 2011.

Considerando las rigideces del marco central del SCN para efectos de los análisis sectoriales en el campo de la salud, el propio SCN fue incorporando a su sistema las llamadas cuentas satélite de salud (CSS) que tienen mayor flexibilidad que las definiciones del SCN en su acepción original, pero mantienen la coherencia con el marco central.

³ En el SCN los consultorios o centros médicos que desarrollan actividades dentro de unidades gubernamentales o de las empresas, a las cuales prestan servicios de apoyo, se denominan "unidades auxiliares". Su finalidad es crear las condiciones que permitan realizar las actividades principales o secundarias de las unidades a las cuales sirven. El SCN 2008 abre la posibilidad de considerar a las unidades auxiliares como un establecimiento por separado, en los siguientes casos: cuando el establecimiento que realiza dicha actividad auxiliar es estadísticamente observable (se puede disponer fácilmente de datos separados de su producción) y cuando las unidades auxiliares se encuentran en localizaciones geográficas diferentes del establecimiento al que sirve (SCN 2008, 5.41).

⁴ García y Bandrés (2002) analizaron esta situación para Europa demostrando que es difícil obtener información en el marco del sector salud para hacer una cuenta que incluya fidedignamente los valores agregados.

II. Las cuentas de la salud

La diferencia esencial entre las cuentas satélite de salud (CSS) y las demás cuentas de salud es que las primeras privilegian la coherencia y consistencia conceptual y metodológica con las cuentas nacionales (SCN). Las cuentas satélite -según Desaulty (1998)- permiten aportar un punto de vista complementario a aspectos de carácter funcional o que sobrepasan los límites de un sector específico, como los define el SCN; posibilitan utilizar cuadros contables, conceptos y nomenclaturas complementarios o sustitutivos con respecto al marco central de las cuentas nacionales; introducir nuevos agregados, valores o indicadores guardando los principios básicos contables; asociar de mejor manera cantidades físicas a la contabilidad monetaria; en cierta medida, las CSS juegan el doble papel de instrumento de análisis y de medio de coordinación estadística.

A. Relación entre el sistema de cuentas nacionales (SCN) y las cuentas satélite de salud (CSS)

Las referencias a las cuentas satélite exigen mayores precisiones para evaluar las similitudes y diferencias con el SCN 2008⁵.

Una caracterización resumida de las cuentas satélite, en general, puede ser la siguiente (Marconi 2011):

- se denominan satélite porque están “alrededor” del marco central de cuentas nacionales (del SCN)
- son un conjunto de cuadros que describen en detalle la estructura y comportamiento de ciertas áreas o campos socio-económicos específicos (p.ej. salud, educación, turismo, etc.)
- tienen, por lo general, un enfoque funcional o por finalidad
- pueden utilizar conceptos, clasificaciones, marcos contables complementarios (y a veces alternativos), así como proponer el cálculo de agregados ad hoc

⁵ De cualquier modo, lo que se reporta en esta sección puede profundizarse en el texto de F. Dorin (Avance de la Cuenta Satélite de Servicios de Salud en la Región de las Américas, CEPAL - Serie Manuales N°75. Diciembre de 2011).

- amplían la cobertura (frontera) de descripción y el análisis de un sector (trabajo no remunerado y voluntario/cuidados)
- incluyen elementos monetarios y físicos (no monetarios).

El SCN 2008 clasifica las cuentas satélite en dos categorías:

1. Cuenta satélite interna
2. Cuenta satélite externa

El objetivo de las cuentas satélite internas es dar visibilidad a un campo de estudio específico que se encuentra “escondido” en el marco central de las cuentas nacionales. Esto implica el reordenamiento de los clasificadores centrales y algunas diferencias con el marco central, aunque no la modificación de sus conceptos “de manera fundamental”⁶. Un ejemplo de cuenta satélite interna de la salud sería modificar el registro de las unidades auxiliares que brindan servicios de salud dentro de otros establecimientos, para reconocer y contabilizar su producción por separado⁷.

Las cuentas satélite externas dan un paso adicional, al utilizar conceptos alternativos a los establecidos en el marco central de las cuentas nacionales “de manera fundamental”, por ejemplo, al modificar las fronteras de la producción. En el ámbito de la cuenta satélite de salud una cuenta externa implica incluir el trabajo voluntario no remunerado por parte de los hogares, con el objeto de brindar el servicio del cuidado de enfermos dentro del mismo hogar.

En el capítulo 29 del SCN 2008 se detallan algunas explicaciones adicionales al alcance de las cuentas satélites.

B. Relación entre el sistema de cuentas nacionales/cuentas satélites (SCN/CSS) y el sistema de cuentas de salud (SCS)

Las diferencias entre el marco central del SCN y las cuentas del sistema de salud elaboradas en el marco del SCS (o SHA por sus siglas en inglés), según la Guía para producir Cuentas Nacionales de Salud (2003), podrían esquematizarse de la siguiente manera:

**CUADRO 1
PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE EL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES
Y EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD**

SCN	SCS
Es un sistema coherente, consistente e integrado de la actividad económica nacional. Lógica general de partida cuádruple (No acepta enfoques contrapuestos ni superpuestos)	Sistema con un objetivo sectorial funcional no necesariamente estructurado de la misma manera que el marco central del SCN. Lógica inicial en fuentes y usos de fondos (acepta enfoques superpuestos, por ejemplo, podrían incluirse partidas de diversos sectores del SCN en una cuenta específica)
Sistema general que intenta mostrar la economía como totalidad: no dicotómico	Sistema funcional que enfatiza los aspectos relacionados con el campo o área específica. Busca ampliar la capacidad analítica de la contabilidad nacional a determinadas áreas de interés social. Utiliza conceptos, clasificaciones y marcos contables complementarios o alternativos al SCN cuando se requiere
Tiene una finalidad de sistema contable monetario aunque no descuida los quantum mediante la aplicación de deflatores adecuados	Vincula las fuentes y el análisis de datos físicos con el sistema contable monetario
Las actividades son identificadas con un producto principal en unidades de producción o establecimientos o, en un análisis más refinado, unidades de producción homogénea, clasificados de acuerdo con su actividad económica principal	Las unidades pueden desglosarse de acuerdo a la actividad funcional y a los productos generados en específicos (característicos o conexos) y no específicos

Fuente: Elaboración propia.

⁶ SCN 2008, 29.5.

⁷ En los casos en donde el marco central del SCN no lo considere. En el SCN 2008 se recomienda registrar producción para aquellas unidades auxiliares que dispongan fácilmente por separado datos de producción o cuando su localización geográfica sea diferente de la unidad a la cual sirve.

El trabajo de Dorín y Gordillo (2011), desde la óptica SCN-CSS, analiza las diferencias entre el SCN 1993 y el SCS 2000 (cf. cuadro siguiente), algunas de las cuales se amplían en diversos párrafos de este documento al incorporar nuevas definiciones o enfoques que reporta el SCS 2011. No obstante, en lo fundamental, las diferencias se mantienen pues su marco conceptual global no ha cambiado sustantivamente entre ambas versiones.

CUADRO 2
DIFERENCIAS DE CONCEPTOS UTILIZADOS EN EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD DE LA OECD (SCS) Y EL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES DE NACIONES UNIDAS 1993 (SCN93)

Concepto	SCS	SCN
Sectores institucionales	No existe tal concepto. SCS utiliza como concepto sustituto fuentes de financiación para denominar a los sectores institucionales	El sector institucional es un conjunto de unidades institucionales —el SCN considera cinco sectores institucionales que son los hogares, gobierno general, las sociedades financieras, las sociedades no financieras y las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares— por separado también se estima el resto del mundo
Unidad Institucional	No existe el concepto	Una unidad institucional se define como: “Una entidad económica que tiene capacidad, por derecho propio, de poseer activos, contraer pasivos y realizar actividades económicas y transacciones con otras entidades (SCN-1993. IV-4.2)”
Agente	Es la rama de actividad proveedora ICHA-HP y la fuente de financiación ICHA-HF	Es la rama de actividad económica (CIU) y los sectores institucionales de la economía
Concepto de uso final	Se utiliza y no se define	El uso final es una categoría del gasto. El gasto detalla los posibles usos económicos (demanda) que puede tener un producto. El gasto puede ser intermedio o final. El gasto intermedio identifica los productos que son utilizados como insumo en algún proceso productivo de la economía. El gasto final señala a los productos no serán utilizados en otros procesos productivos como insumos—son gastos finales: el consumo final, la formación de capital, y las exportaciones
La definición de salud incluye	La misma definición del SCN 93 con dos excepciones: 1. la medicina del trabajo, y 2. las transferencias en efectivo a los hogares destinadas a los cuidadores de enfermos y discapacitados en los hogares	El marco central del SCN93 considera a la medicina del trabajo como un consumo intermedio de las actividades productivas y a las transferencias destinados a los cuidadores de enfermos y discapacitados como transferencias corrientes que se registran en la cuenta de la distribución secundaria de ingreso En el marco de las cuentas satélites es posible realizar modificaciones al marco central como la propuesta en la SCS. Las dos modificaciones significan ampliar la frontera de la producción de SCN93. En el capítulo II.2.1 a continuación se realiza un análisis metodológico de la inclusión de estas modificaciones
La definición de salud excluye	A las siguientes funciones: Servicios de enseñanza de salud ^a 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 suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas (HC.R.6) y administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud en efectivo (HC.R.7)	La definición de Salud es confusa en las tablas 5 en comparación con la tabla 3.1 porque presenta a HCR1 Formación de capital como adicional en la tabla 3.1 y como parte del total del gasto en salud en la tabla 5

Fuente: Dorin–Gordillo (marzo 2011, p. 17).

^a Denominada formación del personal sanitario en la traducción del SCS de la OECD. (HC.R.2- Tabla 5 y Tabla 3.1).

“Puntualizando las diferencias fundamentales podemos resumirlas en diferencias estructurales y diferencias menores. Las diferencias estructurales están relacionadas con las inconsistencias en la utilización de definiciones y conceptos que alteran el uso de éstos en el SCN 93 llegando a constituir una barrera para el manejo de comunicación entre los dos sistemas y, por tanto, entre el personal que está detrás de ellos. Las diferencias relativamente menores son los aspectos metodológicos que se mencionan en el documento los cuales pueden ser trabajados y mejorados en el SCS” (Dorin y Gordillo 2011).

En el anexo del SCS 2011 se establece que tanto éstas como el SCN pueden dar cuenta de los mismos hechos económicos. No obstante, los dos sistemas reportan la información de manera diferente: el SCS dispone de sus propias clasificaciones específicas (como la clasificación de proveedores a partir del ICHA⁸); incluye el concepto de esquemas de financiamiento (que no se utilizan en el SCN) que le permitirían disponer de una mayor desagregación (SCS 2011: 416).

El SCS, de acuerdo al Manual WHO-WB-USAID, tendría una mayor capacidad para destacar el origen y destino de los flujos financieros y reales a través del uso de tablas con cruces en las clasificaciones. En cambio, los principales conjuntos de cuadros del SCN son el de Oferta-Utilización (COU), la matriz insumo producto con sus respectivas cuentas por productos y actividades y la secuencia de cuentas económicas integradas (CEI) que proveen información acerca de cómo se genera el ingreso, cómo se distribuye y usa entre consumo final y ahorro, así como el proceso de acumulación de los activos financieros y no financieros.

El capítulo 29 del SCN 2008 tiene como objeto brindar una noción de las cuentas satélite, y en su sección F se presentan 4 ejemplos de cuentas satélite, entre ellos la salud:

- turismo
- contabilidad ambiental y económica
- salud
- actividad no remunerada de los hogares

Al momento de redactarse el SCN 2008, el manual del SCS del año 2000 se encontraba en proceso de revisión lo que desembocó posteriormente en el nuevo manual de las SCS 2011. Es decir, el SCN 2008, obviamente, no incluye opiniones sobre el SCS 2011.

También el SCN 2008 señala que para que el SCS 2000 sea reconocido como una cuenta satélite debería enfrentar seis pasos suplementarios y compilar cuatro cuentas adicionales, lo cual ha avanzado notoriamente en el SCS 2011, como se observa en los siguientes cuadros.

A continuación se señalan los seis pasos y las cuatro cuentas adicionales, y su grado de avance en las SCS 2011:

Pasos	Respuesta
Determinar una lista de bienes y servicios específicos	No
Delimitar las fronteras de la producción	Sí
Determinar las actividades para las que se registrará la formación de capital	Sí
Identificar transacciones específicas	Sí
Proporcionar un análisis pormenorizado de las transferencias	Sí
Identificar usuarios finales y las unidades que asumen la carga financiera	Sí

⁸ Clasificación Internacional de Cuentas de Salud por sus siglas en inglés.

Cuentas adicionales	Respuesta
Cuentas de la producción: valor agregado	No (sólo como anexo)
Consumo intermedio	No (sólo como anexo)
Stock de capital	No
Cuadro de oferta y utilización	No (sólo como anexo)

Como se puede observar, los avances mayores del SCS 2011 se dieron en relación a los seis pasos suplementarios señalados por el SCN 2008 y no en las cuatro cuentas adicionales, aunque en este caso tres de ellas se presentan en un anexo, de modo que se puede concluir que el SCS 2011 aun no constituye una cuenta satélite.

El mismo manual del SCS 2011 lo reconoce al afirmar que “no puede considerarse como una cuenta satélite completa”⁹ y que “no se pretende que la implementación de los cuadros adicionales tipo SCN deba ser una parte integral y esencial de la recopilación de datos bajo la metodología revisada del SCS”¹⁰.

Estas aclaraciones abren la puerta a los países para la compilación de SCS por fuera del SCN, lo cual significa que si se sigue por este camino existe el riesgo de disponer de metodologías alternativas en los países, lo que dificulta la comparación internacional.

Por otra parte, el SCS 2011 tiene mayor asimilación conceptual con el SCN que la versión del año 2000, y presenta el detalle de las correspondencias entre los clasificadores de fuentes de financiamiento con las unidades institucionales, los de proveedores con la CIU y los establecimientos de proveedores con la CPC y con los clasificadores funcionales.

En cuanto a las transferencias Van Tongeren¹¹ señala que éstas muchas veces financian la compra de medicamentos y no el trabajo no remunerado y que pueden duplicar el gasto en el caso que se trate de reembolsos de pagos realizados previamente por los hogares y en el caso de los pagos por concepto de compras de bienes y servicios que el gobierno realiza a los prestadores para que luego éstos los suministren en forma directa a los hogares¹².

Adicionalmente, las transferencias sociales que el gobierno paga a los hogares pueden incluir servicios de cuidado de personas no vinculadas al cuidado de la salud.

En síntesis, el SCS 2011 representa un acercamiento a las cuentas satélites planteadas por el SCN 2008, pero no necesariamente constituye una extensión.

⁹ SCS 2011, pág. 35.

¹⁰ SCS 2011, Anexo B, pág. 415

¹¹ Jan W. van Tongeren. Universidad de Tillburg. “Revisión de las cuentas de salud de la OCDE en relación con el Sistema de Cuentas Nacionales”, preparado para la OPS, Países Bajos, 2007.

¹² En el SCN se registran como D.63 Transferencias sociales en especie y se registran como gasto de consumo final del gobierno y como consumo efectivo de los hogares (en la óptica de la adquisición o consumo efectivo).

III. Principales conceptos y partidas en las cuentas de salud

Es necesario insistir que el marco central del Sistema de Cuentas Nacionales es un esquema conceptualmente rígido y por ello incorpora la noción de cuentas satélite como un instrumento idóneo para flexibilizar la descripción. El SCN 2008 en su capítulo 29 (Cuentas satélite y otras extensiones) ilustra las formas en que es posible aplicar la flexibilidad; de hecho, uno de los aportes de las cuentas satélite es que pueden emplear “conceptos alternativos a los del SCN”, aunque es deseable que no se usen conceptos idénticos con definiciones diferentes porque se hace compleja la interacción de los sistemas.

De acuerdo a ello cabe mencionar algunos aspectos que los usuarios del ámbito de la economía de la salud -a veces usuarios de cuentas satélite de salud- podrían entender de manera diferente a los del SCN. Por ejemplo, en la clasificación funcional del gobierno constan 10 categorías principales, entre las cuales, Salud (número 7) y Protección Social (número 10). A menudo, los organismos internacionales, autoridades nacionales y analistas consideran que la protección social incluye las acciones en salud.

En este texto, como se mencionó, se examinan los conceptos en una doble dimensión: la del SCN 2008; la del Sistema de Cuentas de Salud (SCS 2011); y, sólo cuando sea imprescindible, la del uso en economía de la salud de algún concepto clave.

Para facilitar la comprensión y las aplicaciones que pueden desprenderse del sistema de cuentas de salud (sea en el marco del SCS o de las cuentas satélite del SCN) es necesario detallar las definiciones que reportan dichos esquemas conceptuales. En este capítulo se examinarán los conceptos a partir del desglose por componentes de todas las actividades mencionadas y susceptibles de ser incluidas en las diferentes acepciones de las cuentas.

Como sea, “el primer paso para la compilación de las cuentas de un sector clave es definir las actividades clave y sus correspondientes productos” (SCN 2008:29.24). En la primera sección de este documento se definieron las funciones de manera general. En ésta, se hace una revisión con los detalles del caso.

Al mayor nivel de generalidad se debe partir de la definición de los componentes de los usos o del gasto que el propio SCN (2008:29.64) establece para las cuentas satélite, a saber: i) consumo de bienes y

servicios específicos, ii) formación de capital en bienes y servicios específicos, iii) formación de capital fijo de actividades características en productos no específicos, iv) transferencias corrientes específicas, v) transferencias de capital específicas.

El cuadro que se reporta a continuación muestra los componentes del gasto nacional de una cuenta satélite. "... Es conveniente en primer lugar definir y medir los usos de las unidades residentes. Sin embargo, estos usos pueden ser financiados parcialmente por unidades no residentes. Esta parte ha de restarse para obtener un total que corresponde al esfuerzo que hace la nación en un campo dado con sus propios recursos."(SCN 1993, par 21.60).

Las partidas 1 y 2 del cuadro 3 de usos/gastos se refieren a los usos de los bienes y servicios específicos (se podría mostrar por separado los productos característicos y aquellos conexos). La partida 1 comprende el consumo final efectivo (definido igual que en el marco central) y el consumo intermedio; esta última partida puede tener una cobertura más amplia que en el marco central del SCN, pues incluye la producción de las actividades auxiliares pertinentes, y los correspondientes suministros 'infra-establecimiento'.

La partida 2 es la formación de capital en bienes y servicios específicos. En el caso de la salud, esta partida estará vacía si los correspondientes servicios se incluyen todos en el consumo (tal como sucede en el marco central).

CUADRO 3
COMPONENTES DE LOS USOS/GASTOS NACIONAL EN LAS CUENTAS
SATÉLITE DEL SCN

1. Consumo de bienes y servicios específicos
1.1. Consumo final efectivo
1.1.1. Productos de mercado
1.1.1.1. Productos característicos
1.1.1.2. Productos conexos
1.1.2. Productos no de mercado
1.1.2.1. Individual
1.1.2.2. Colectivo
1.2. Consumo intermedio
1.2.1. Consumo intermedio efectivo
1.2.2. Consumo intermedio interno del establecimiento
2. Formación de capital en bienes y servicios específicos
3. Formación de capital fijo de las actividades características en productos no específicos ^a
4. Transferencias corrientes específicas (que no son contrapartida de 1)
5. Transferencias de capital específicas (que no son contrapartida de 2 ó 3)
6. Usos corrientes de las unidades residentes financiadas por el resto del mundo (menos)
Usos totales de las unidades residentes
7. Usos de capital de las unidades residentes financiadas por el resto del mundo (menos)
Gasto nacional

Fuente: SCN 1993, p. 547.

^a Incluidas sus adquisiciones menos disposiciones de activos no financieros no producidos.

El SCN reconoce que la definición de la formación de capital fijo de las actividades características en productos no específicos (partida 3) es algo más compleja, pues:

- a) no comprende la formación de capital total de esas actividades, porque la partida 2 incluye la parte que corresponde a productos específicos
- b) la partida 3 comprende la formación de capital fijo de actividades cuya producción consiste en bienes y servicios característicos
- c) un análisis basado en establecimientos puede dar una cobertura mayor que la normal, ya que puede abarcar algunas actividades secundarias
- d) la partida 3 incluye las adquisiciones menos disposiciones de activos no financieros no producidos (por ejemplo, tierras y terrenos).

Las partidas 4 (transferencias corrientes específicas) y 5 (transferencias de capital específicas), son importantes componentes del gasto nacional. En el caso de la salud, la mayor parte de transferencias (la mayoría en especie, como sucede también en la educación) son medios de financiación de la adquisición por parte de los usuarios de bienes y servicios incluidos en las partidas 1 a 3. Estas transferencias no deben contabilizarse dos veces en el gasto; sin embargo, algunas transferencias o parte de ellas no se utilizan para equilibrar la adquisición de productos incluidos en las partidas 1 a 3 (SCN 1993, par.21.73)

Los usos totales de las unidades residentes son la suma de los cinco componentes citados. Es conveniente distinguir entre usos corrientes y de capital financiados por el resto del mundo, con el fin de facilitar posteriormente el cálculo del *gasto nacional corriente y de capital* que se deriva de los usos de las unidades residentes restando la parte que es financiada por el resto del mundo mediante transferencias o préstamos. Tal como señala el SCN, el gasto nacional es igual a las utilizaciones totales de las unidades residentes financiadas por unidades residentes.

Cabe recordar, por último, que el gasto nacional no incluye las transacciones con instrumentos financieros ni el gasto externo realizado por no residentes (se considera exportaciones de servicios de salud).

Para examinar en un menor nivel de generalidad, el punto de partida del presente análisis será el esquema funcional amplio descrito en la sección I para luego evaluar cuál de esas actividades debe ser incluida en cada concepto.

Como se señaló, se denomina productos específicos al conjunto de productos característicos y conexos. El SCN define que los “productos característicos en la esfera de la salud, son los servicios de salud, los servicios de la administración pública (en el área), los servicios de educación y de investigación y desarrollo en el campo de la salud” (SCN 2008:29.59).

“La segunda categoría, bienes y servicios conexos, incluye productos cuyos usos son interesantes porque están claramente comprendidos en el concepto de gastos de una esfera determinada, pero sin que sean productos típicos ni por su naturaleza ni porque se les haya clasificado en categorías de productos más amplias. En la salud, por ejemplo, el transporte de pacientes puede ser considerado como servicios conexos; asimismo, los productos farmacéuticos u otros productos médicos, como los anteojos, son clasificados generalmente como bienes y servicios conexos” (SCN 2008:29.60).

En el caso de los productos característicos, la cuenta satélite debe mostrar el modo en que se producen estos bienes y servicios, qué tipos de productores participan, qué tipos de trabajo y capital fijo emplean y la eficiencia del proceso de producción y, por ende, la asignación de los recursos.

Entonces, existen los siguientes conceptos principales en el marco del uso habitual de las cuentas de la salud que se examinan de mayor a menor generalidad, es decir de lo macro a lo micro.

A. Gasto total de salud

De acuerdo al SCN 2008, el gasto total de salud debe incluir parte del gasto corriente de salud (GCS) definido como en el diagrama 1 + la formación bruta de capital en las instituciones de salud tal como se definen en este marco, es decir, en el sector de proveedores de bienes y servicios característicos de salud.

También este es el concepto común utilizado por la OCDE (marco del SCS) para comparar los gastos de salud de sus países miembros. En Francia éste se calcula a partir del GCS retirando las indemnizaciones por incapacidad laboral temporal y una parte de las actividades de prevención (las alimentarias y las del ambiente), así como los gastos en investigación y formación pero agregando los gastos en capital del sector y ciertos gastos sociales relacionados con la incapacidad y la dependencia. Sin embargo, en Suiza y en Bélgica los gastos de capital no son incluidos en las cuentas presentadas lo que subvalúa su posición con respecto a los demás países (Fenina et al 2011).

B. Gasto corriente de salud (GCS)

En el SCS (2011:418) el gasto corriente es la suma de los gastos de bienes y servicios de salud para consumo final de las unidades residentes. Sin embargo, al examinar el diagrama 1 se observan diferencias notables con respecto a los rubros que allí se presentan. En efecto, el desglose y aplicación conceptual de esta diferencia resulta muy necesario para precisar los alcances de cada rubro y, sobre todo, para la comparabilidad internacional.

El diagrama 1 pone en evidencia las significativas diferencias que pueden presentarse en estos agregados en función de las partidas contabilizadas en las cuentas de salud de los países.

DIAGRAMA 1
GASTO CORRIENTE DE SALUD



Fuente: Elaboración propia a partir de Ecosanté 2011.

Nota: Para detalles de contenidos de los cuadrantes ver: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DepensesSante/DefinitionsDepSante.htm>.

El gasto corriente de salud (GCS) es el conjunto de gastos corrientes (excluidos los gastos de capital¹³) que son realizados por los agentes del sistema: Seguridad Social, Estado, colectividades locales, seguros complementarios, ISFLSH y los hogares.

¹³ La diferencia entre “gasto corriente” y “gasto de capital” es que el gasto corriente se refiere a un gasto en consumo mientras que el gasto de capital siempre tiene que estar asociado a la adquisición de un activo no financiero o, en el caso de las transferencias de

En el diagrama 1 se presenta el máximo de componentes posibles de ser incluidos en el gasto corriente de salud. Como se señaló, algunos de esos componentes se incluyen y otros se excluyen siguiendo el marco del SCS. Los cuidados -en salud, exclusivamente- para adultos mayores y personas discapacitadas en establecimientos dedicados a estos fines y los servicios de cuidados de salud a domicilio se incluyen en el gasto. En cambio, las indemnizaciones por incapacidad laboral temporal se excluyen del GCS, en la perspectiva del SCS. Los subsidios se incluyen (salvo aquellos destinados a ayudas indirectas o pagos a familiares para atender a personas con déficit de autovalencia) pero se incluyen los gastos de prevención individuales y colectivos que realizan el Estado o las ISFLSH. Por su parte, la investigación y la formación en especialidades de la salud no se incluye en el SCS, pero sí en las CSS. Los costos de gestión de la salud, incluyendo los de las instituciones aseguradoras se incluyen en la óptica del SCS, incluyendo las utilidades respectivas; en cambio, no se incluyen en las cuentas del SCN.

C. Gasto de capital en las cuentas de salud

Como se indicó, el “salto” entre el GCS y el gasto total de salud se cubre incorporando el gasto pertinente en bienes de capital (formación bruta de capital fijo) y la variación de existencias, los cuales se pueden adquirir por la vía de las compras o de las transferencias de capital.

Ahora bien, el gasto de capital debe ser contabilizado únicamente en las instituciones (agencias) del gobierno, de las sociedades e ISFLSH que tiene por actividad principal la producción de productos característicos de salud.

En el caso del gobierno, para mayor precisión, puede usarse el Manual de las Finanzas Públicas 2001 (MEFP 2001) elaborado por el Departamento de Estadística del FMI que armoniza las estadísticas de las finanzas públicas con el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN 1993). Es decir, en las presentaciones de las transferencias internas al gobierno aparecen las transferencias de capital hacia las unidades públicas de provisión de servicios. En algunos casos, en las cuentas gubernamentales las inversiones son realizadas por unidades diferentes a las que efectúan la provisión. En general, las cuentas gubernamentales pueden separar estos gastos pero, en cambio, en el sector privado, podrían haber duplicaciones de varios tipos ya que una parte importante de las transacciones se contabilizan a precios de mercado donde ya está incluido el consumo de capital fijo y no siempre está disponible la variación de existencias.

Las cuentas de producción del sector salud que se sugieren elaborar en las cuentas satélite incluyen el consumo de capital fijo. En todo caso, hay grandes dificultades para su estimación y además “existen diferentes métodos que pueden implicar diferencias en los resultados” (Dorín 2011).

D. Consumo efectivo de los hogares de bienes y servicios de salud (CEHBSS)

El CEHBSS es el consumo de bienes y servicios de salud desde la perspectiva del agente o unidad económica que incorpora el consumo como beneficiario y no desde la perspectiva de quien ha pagado por el mismo. Por ejemplo, el consumo de servicios de salud pagado “con el bolsillo” de los hogares es incorporado y pagado por los hogares, pero el consumo de servicios de salud realizado en forma gratuita por los hogares en un hospital público es incorporado por los hogares como beneficiarios pero pagado por el gobierno. La perspectiva del consumo efectivo de los hogares suma entonces todo el consumo incorporado por los hogares, sea pagado en forma directa por ellos o sea recibido en forma gratuita bajo la forma de transferencias sociales en especie y los reembolsos. El CEHBSS se detalla a partir del diagrama 1 pero se especifica en el diagrama 2.

capital, a la adquisición de un activo (distinto de dinero) o a la renuncia de un derecho financiero (por ejemplo la condonación de un pasivo por parte del acreedor).

La pregunta a contestar es qué incluye exactamente cada uno de estos agregados mencionados. Independientemente de que se puedan agregar otros componentes en las cuentas que un país quiera o pueda desarrollar es conveniente que este concepto se homogenice a partir de la inclusión de las actividades ya enunciadas. ¿Cómo se define y desglosa este CEHBSS? En primer lugar, en este nivel quedan incluidos solamente los gastos en bienes y servicios que son adquiridos para la satisfacción directa de necesidades humanas que se especifican a través del ICHA-HC funcional (cuadro 4 en las clasificaciones AS.1 a AS.5).

CUADRO 4
CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CUENTAS DE SALUD (ICHA), SEGÚN FUNCIONES

Códigos ICHA	Funciones para la atención de salud
A S.1	Servicios de atención curativa
AS. 1.1	Atención curativa hospitalaria
AS. 1.2	Atención curativa en hospitales (casos del día)
AS. 1.3	Atención curativa ambulatoria
AS 1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
AS 1.3.2	Atención odontológica ambulatoria
AS 1.3.3	Otras atenciones de salud especializada
AS 1.3.9	Otras atenciones ambulatorias
AS. 1.4	Servicios de atención curativa domiciliaria
A S.2	Servicios hospitalarios para la atención de la rehabilitación
AS. 2.1	Atención hospitalaria para la rehabilitación
AS. 2.2	Atención en hospitales para la rehabilitación (casos del día)
AS. 2.3	Atención ambulatoria para la rehabilitación
AS. 2.4	Servicios domiciliarios para la rehabilitación
AS. 3	Servicios de atención de enfermería a largo plazo
AS. 3.1	Atención de enfermería de largo plazo hospitalaria
AS. 3.2	Atención de enfermería de largo plazo en hospitales (casos del día)
AS. 3.3	Atención de enfermería de largo plazo domiciliaria
AS. 4	Servicios auxiliares para la atención de la salud
AS. 4.1	Laboratorio clínico
AS. 4.2	Imágenes diagnósticas
AS. 4.3	Transporte de pacientes y rescate de emergencia
AS. 4.9	Otros servicios auxiliares
AS. 5	Bienes médicos dispensados a pacientes ambulatorios
AS. 5.1	Fármacos y otros bienes médicos no duraderos
AS. 5.1.1	Medicinas prescritas
AS. 5.1.2	Medicinas sin prescripción
AS. 5.1.3	Otros bienes médicos no duraderos
AS. 5.2	Accesorios terapéuticos y bienes médicos duraderos
AS. 5.2.1	Lentes y otros productos para la visión
AS. 5.2.2	Accesorios ortopédicos y otras prótesis

Cuadro 4 (conclusión)

Códigos ICHA	Funciones para la atención de salud
	AS. 5.2.3 Aparatos para dificultades auditivas
	AS. 5.2.4 Aparatos técnico-médicos, incluyendo sillas de rueda
	AS. 5.2.9 Otros bienes médicos duraderos
AS.6	Servicios de prevención y salud pública
AS. 6.1	Salud materno infantil, planificación familiar y consejería
AS. 6.2	Servicios de salud escolar
AS. 6.3	Prevención de enfermedades transmisibles
AS. 6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles
AS. 6.5	Salud ocupacional
AS. 6.9	Otros servicios de salud pública
AS.7	Administración de servicios de salud y seguros de salud
AS. 7.1	Administración gubernamental general de los servicios de salud Adm. gubernamental general de los servicios de salud
	(excepto el S. S.)
	AS. 7.1.1 Actividades de administración, operación y fondos de apoyo para la S. S.
	AS. 7.1.2
AS. 7.2	Adm. de servicios de salud y seguros de salud: privados

Fuente: SCS 2011.

El clasificador por funciones del cuadro 4 requiere una correspondencia con los clasificadores de productos utilizados en las cuentas nacionales: los clasificadores funcionales y el Clasificador Central de Productos (CCP).

El manual del SCS 2011 presenta un cuadro¹⁴ donde se detalla la correspondencia entre el clasificador por funciones y los clasificadores funcionales de productos. En general, los productos identificados en el clasificador por funciones de las SCS 2011 presentan desgloses mayores que los detallados en los clasificadores funcionales de cuentas nacionales. Por ejemplo, el grupo 06.3 Servicios de hospital de la Clasificación del Consumo Individual por Finalidades (CCIF)¹⁵ agrupa a los siguientes encabezados del clasificador por funciones del SCS:

- AS.1.1 Atención curativa hospitalaria,
- AS.1.2 Atención curativa en hospitales (casos del día),
- AS.2.1 Atención hospitalaria para la rehabilitación,
- AS.2.2 Atención en hospitales para la rehabilitación (casos del día),
- AS.3.1 Atención de enfermería de largo plazo hospitalaria,
- AS.3.2 Atención de enfermería de largo plazo en hospitales (casos del día),
- AS.3.3. Atención de enfermería de largo plazo domiciliaria y,
- AS.3.4 Atención de enfermería.

El SCS 2011 también presenta un cuadro donde se describe la correspondencia entre el clasificador por funciones y el clasificador CPC¹⁶. Allí se puede observar que por ejemplo la subclase 93121 Servicios médicos generales de la CPC v.2 se corresponde con los siguientes encabezados del clasificador por funciones del SCS:

¹⁴ Cuadro A.1.5.

¹⁵ COICOP por sus siglas en inglés (Classification of Individual Consumption According to Purpose).

¹⁶ Cuadro A.1.7.

AS.1.3.1 Servicios médicos y diagnósticos básicos,
 AS.1.4 Servicios de atención curativa domiciliaria y,
 AS.2.3 Atención ambulatoria para rehabilitación.

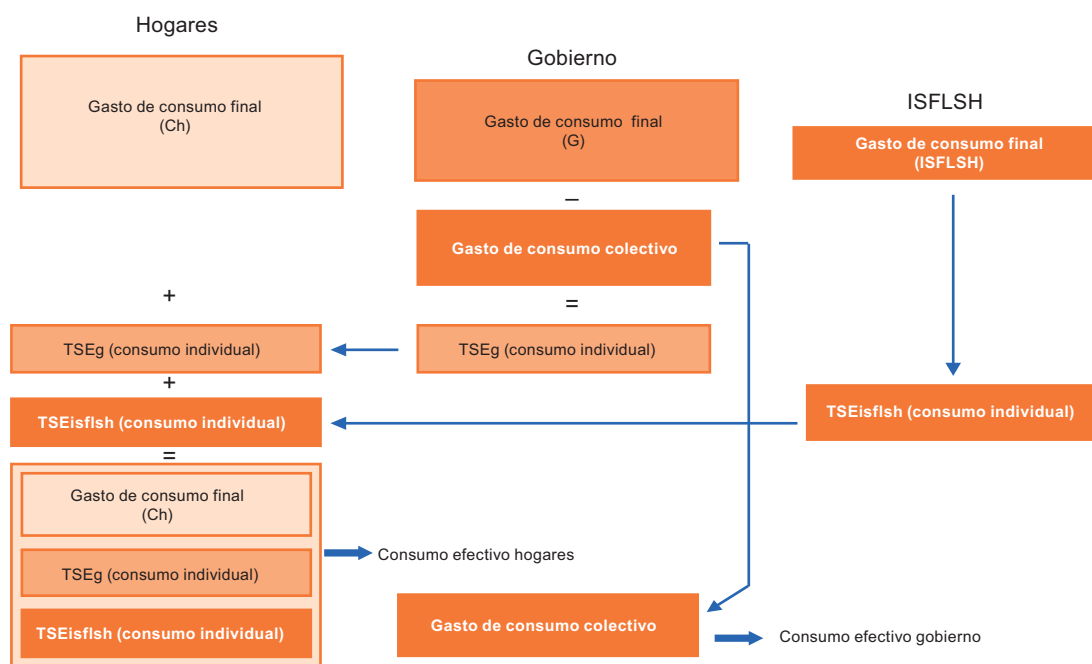
Por otra parte, el encabezado AS.1.4 Servicios de atención curativa domiciliaria agrupa a las siguientes subclases de la CPC v.2: 93121 Servicios médicos generales, 93122 Servicios médicos especializados, 93192 Servicios de enfermería y 93199 Otros servicios de salud humana ncp.

Hay tres sectores que adquieren¹⁷ estos bienes y servicios: los hogares (consumo final individual); el gobierno que gasta en bienes y servicios de salud para transferir a los hogares; y, el consumo final de las ISFLSH que se expresa mediante transferencias sociales en especies a los hogares (véase el diagrama 2).

En efecto, “el gasto del consumo final de los hogares es el realizado por los hogares residentes en bienes o servicios de consumo. Incluye la compra de bienes y servicios, el valor estimado de las transacciones de trueque, los bienes y servicios recibidos en especie, y los bienes y servicios producidos y consumidos dentro del mismo hogar... El gasto de consumo final excluye el gasto en activos fijos en forma de viviendas o de objetos de valor...”. (SCN 2008: 9.56). Asimismo, “los gastos se asignan a las unidades institucionales que soportan los costos, aunque éstas no sean las unidades a las que se suministran los bienes o servicios” (SCN 2008:9.6). Es decir, una unidad puede hacer el gasto y otra consumirla.

Esto se explicita en el diagrama siguiente:

**DIAGRAMA 2
 CONSUMO FINAL Y CONSUMO EFECTIVO**



Fuente: Marconi (2011).

¹⁷ Es relevante entender la diferencia entre gasto, adquisición y consumo para arribar a la cuenta de consumo final de bienes y servicios de salud. En efecto, el consumo final está asociado a un gasto y el consumo efectivo es el consumo final + las transferencias en especie que provienen de otros agentes. Estas últimas son adquisiciones que no están asociadas a un gasto directo. Para efectos generales el gasto del consumo final de los hogares es idéntico al consumo final de los hogares. Lo que está en discusión en la comparación entre SCN y el SCS no es el concepto de gasto sino de lo que se va a medir, es decir, la diferencia surge de que se puede medir gasto del consumo efectivo en salud y gasto total en salud.

El diagrama anterior hace la relación entre gasto y consumo. Es decir, todo el gasto que hace el gobierno en bienes de consumo individual de salud (CIBSS) independientemente si lo transfiere en especie o mediante “vouchers” pero específicamente de salud es, en definitiva, una transferencia para el consumo individual de los hogares; de igual manera, como las ISFLSH no realizan gastos de consumo colectivo, la totalidad de su gasto efectivizado como transferencias se une a los anteriores configurando así el CEHBSS).

El gasto de consumo final es el monto del gasto en bienes y servicios de consumo, en este caso de salud. Esta es la definición básica del SCN (2008: 9.7). “la distinción entre el gasto de consumo y el consumo efectivo y por consiguiente entre los gastos y las adquisiciones sólo se establece en lo que se refiere al consumo final. La diferencia se explica exactamente por las transferencias sociales en especie” (SCN 2008: 9.38). El capítulo 9 del SCN 2008 describe los diferentes conceptos de gastos de consumo, consumo efectivo y uso de bienes y servicios de consumo. Dentro del SCN, solamente se miden los dos primeros.

Esta distinción permite explicar cómo el concepto de gasto en salud, en el marco del SCN, se asocia al de consumo (de otro modo, el SCN se aproxima a resultados de producción por la vía, simplemente, del análisis sectorial que incluye al subsector de la salud).

Un ejemplo desarrollado por la CEPAL para Colombia, entre otros países, en el marco del Programa de Comparación Internacional se presenta en el cuadro 5. Allí se visualizan los desgloses correspondientes al CEHBSS según productos. En este caso se intenta un desglose entre productos característicos y conexos lo que no siempre está disponible en las estadísticas nacionales.

E. Transferencias en especie y mediante reembolsos a los hogares

Las transferencias en especie, como se dijo, corresponden a los gastos que realizan especialmente el gobierno y las ISFLSH en BSS que son consumidos por los individuos de acuerdo a derechos que le atribuye la institucionalidad de aseguramiento o de pertenencia a grupos específicos.

Para efectos de la contabilidad de las transferencias mediante reembolsos —que realizan los seguros sociales o privados— en el marco de las cuentas satélite y en el SCN, éstas incluyen en el ámbito de la salud solamente los gastos que las empresas de seguros incurren para el pago de productos o reembolsos a los beneficiarios que hayan “adelantado” el pago de sus prestaciones¹⁸.

Los criterios que se usan para identificar transferencias de recursos tanto interinstitucionales como hacia los privados o las personas incluyen varias clases de transferencias que tienen finalidades muy diferentes.

Por ejemplo, un grupo importante está constituido por las primas netas y las indemnizaciones de los seguros no de vida (entre los cuales los de salud). Las primas netas de los seguros no de vida a recibir por las empresas de seguros (es decir, las primas efectivas más las primas suplementarias reducidas de los gastos asociados a los servicios de seguro prestados), se registran en los recursos del subsector de las sociedades de seguros, mientras que las primas netas por pagar se pueden contabilizar en los empleos de cualquier sector (ver SCN 8:117). Al contrario, las indemnizaciones a pagar por las sociedades de seguros se contabilizan en los empleos del sector sociedades financieras, mientras que las indemnizaciones por recibir pueden registrarse en los recursos de empresas, ISFLSH, gobierno u hogares. Aunque parezca reiterativo, es necesario destacar que, por ejemplo, un BSS pagado por la seguridad social a un establecimiento privado puede engrosar el consumo de los hogares.

¹⁸ En consecuencia, las indemnizaciones monetarias que pagan los seguros, esencialmente para paliar la reducción de ingresos por un acontecimiento adverso no son consideradas puesto que no tienen por objeto una actividad de salud como se ha definido anteriormente. El SCN (2008: 8.119) establece que “el pago de una indemnización de un seguro no de vida se trata como una transferencia hacia el indemnizado. El demandante de la indemnización es normalmente, aunque no siempre, el asegurado. Las indemnizaciones se tratan normalmente como transferencias corrientes, incluso cuando se trate de grandes sumas pagadas como consecuencia de la destrucción accidental de un activo fijo o de lesiones graves causadas a un individuo”.

**CUADRO 5
CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE LA SALUD, POR DESGLOSE DEL GASTO FINAL**

PRODUCTOS	Gasto de consumo final de los hogares											Gasto de consumo final individual del gobierno	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social y de la asistencia social en especie	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social y de la asistencia social en especie	Gasto de consumo final ISFLSH	Consumo efectivo de los hogares en productos de salud		
	Gasto de consumo final de los hogares																	
	Copagos de seguros voluntarios	Copagos de seguridad social del gobierno	Copagos de seguridad social vinculado al empleo	Copagos de asistencia social del gobierno	Copagos de asistencia social del ISFLSH	Subtotal gasto de bolsillo	Pagos de sociedades financieras de seguros	Pagos de seguridad social en dinero	Pagos de seguro social vinculado al empleo (en dinero o en especie)	Pagos de asistencia social del gobierno en dinero	Pagos de asistencia social del ISFLSH en dinero						Gasto de consumo final de los hogares	
1	2	4	7	9	12	ST GB = 1 + ... + 12	3	5	8	10	13	GCFH = ST GB + 3 + ... + 13	6	11	GCFIG = 6 + 11	14	CFEH = GCFH + GCFB + GCF ISFLSH (14)	
8 042	45	290	2	3	N.D.	8 382	2 220	0	39	0	0	10 641	7 119	5 899	13 018	N.D.	23 689	
Característicos: Servicios médicos Servicios dentales Servicios paramédicos Servicios de hospital Conexos: Productos farmacéuticos Otros productos médicos Artefactos terapéuticos y equipos médicos Servicios de seguros de enfermedad y																		
												3 916						N.D.
												751						N.D.
												566						N.D.
												599						N.D.
												4 127						N.D.
												105						N.D.
												165						N.D.
						412						412						412

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

En ciertos casos los usuarios asumen directamente el pago en salud a las instituciones o personas que prestan los servicios de salud y luego son reembolsados por las aseguradoras privadas o públicas. Desde un punto de vista contable, en algunos sistemas figura como pago a particulares, es decir, en primera instancia, se podría contabilizar como gasto de bolsillo. En la perspectiva de la asignación de esta partida debe reducirse los reembolsos del total del gasto de bolsillo. Entonces, el reembolso –a diferencia de las indemnizaciones- es gasto en salud desde los seguros para incrementar el consumo efectivo de los hogares en bienes y servicios de salud y no transferencia monetaria a los hogares.

En el párrafo 8.85 del SCN se señala, para mayor precisión, que “Las primas del seguro no de vida incluidas en esta partida se refieren a las que hay que pagar en virtud de las pólizas suscritas por las empresas o los hogares individuales. Las pólizas suscritas por los hogares individuales son aquellas que contratan a iniciativa propia y en su propio beneficio, con independencia de sus empleadores o del gobierno y al margen de cualquier sistema de seguros sociales.

RECUADRO 1 CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS CARACTERÍSTICOS DE LA SALUD

En consecuencia, el flujo financiero que respalda al consumo efectivo de los hogares en productos característicos de salud está constituido por: A + B

A = gasto en consumo final de los hogares = El gasto de bolsillo (compras directas y copagos asociados a seguros de los hogares) + los pagos y reembolsos de los seguros (privados + seguridad social + seguros sociales¹) a los proveedores o a los hogares + los pagos y reembolsos de la asistencia social (gobierno e ISFLSH) a los proveedores o a los hogares

B = las transferencias sociales en especie de los seguros sociales y la asistencia social. (especificadas en el cuadro 5).

Fuente: Elaboración propia.

Las primas del seguro no de vida comprenden tanto las primas efectivas a pagar por los titulares de las pólizas para obtener la cobertura del seguro durante el período contable (primas ganadas), como las primas suplementarias por pagar con las rentas de la propiedad atribuidas a los titulares de las pólizas de seguros.

Otro tipo de transferencias está constituido por las “transferencias corrientes” que tienen lugar entre los diferentes tipos de unidades gubernamentales, generalmente entre los distintos niveles del gobierno y también entre el gobierno general y gobiernos extranjeros.

En este ámbito podría examinarse también otras transferencias corrientes, como las que se efectúan entre las diferentes instancias del aparato público. En este caso será imprescindible hacer un saldo neto de los aportes fiscales para evitar duplicar la contabilidad del gasto sectorial. Por ejemplo, las transferencias que se hacen desde el Instituto de Normalización Previsional (INP) de Chile, recaudador de cotizaciones que son traspasadas al Fondo Nacional de Salud (Fonasa); o en Colombia un rol similar es realizado por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que es una cuenta fiduciaria del Ministerio de Salud y Protección Social cuyos fondos son traspasados para su administración a las Entidades Promotoras de Salud (EPS); o, las transferencias que se hacen desde el Fonasa de Chile a los Servicios de Salud.

Esta partida comprende las transferencias corrientes entre las diferentes unidades o entre los distintos subsectores del sector del gobierno general. Por ejemplo, se incluyen las transferencias corrientes entre los distintos niveles del gobierno, como las que suelen efectuarse entre las unidades de los gobiernos central y estatal o local, y entre unidades gubernamentales y los fondos de seguridad social. Por lo demás, no se incluyen en la cuenta de gastos corrientes a las transferencias de fondos comprometidos para financiar la formación bruta de capital fijo, las cuales se tratan como transferencias de capital.

F. Consumo individual de bienes y servicios de salud (CIBSS)

El CIBSS comprende a los bienes y servicios que presentan las siguientes características:

- a) Se puede observar y registrar la adquisición del bien o servicio por un hogar individual y también el momento en que tiene lugar;
- b) El hogar tiene que haber aceptado el suministro del bien o servicio y tiene que dar los pasos necesarios para que ello sea posible, como por ejemplo ingresar en un hospital;
- c) El bien o servicio ha de ser tal que su adquisición por parte de un hogar (o por un grupo reducido de ellos) excluya la adquisición por parte de otros hogares¹⁹.

En el SCS, tal como se puede observar en la primera columna del diagrama 1, el CIBSS incluye los servicios de prevención pero que son consumidos de manera individual. En la perspectiva del SCS no se toma en cuenta los gastos en cuidados de larga duración para adultos mayores o personas discapacitadas que no tengan por propósito principal las atenciones médicas o sanitarias, tal como se define en la función salud. Y tampoco las indemnizaciones laborales, como se dijo. Las atenciones domiciliarias, en cambio, son incluidas únicamente cuando son proporcionadas por agentes cuya finalidad es la atención de salud (ver SCS 48). En definitiva, sólo una parte de los valores de las casillas de la segunda columna del diagrama 1 podrían ser incluidos en el CIBSS. De otro modo, incluye los rubros AS.1 al AS.6 del cuadro 4²⁰.

Un alcance adicional a este respecto se encuentra en la cuenta satélite compilada por el Ministerio de Salud de Chile. En Chile, se han incluido en el CIBSS los servicios de instituciones residenciales de salud distintos de los servicios de hospital, los cuales están más bien relacionados con los cuidados de larga duración a los cuales se hizo referencia anteriormente señalando las dificultades para su medición. Esto, que podría parecer un alcance marginal, tendrá máxima importancia en un futuro próximo por el acelerado proceso de envejecimiento de la población en los países de la Región (la proporción de personas mayores de 60 años pasará de 10% en 2010 a 25% en 2050, según CELADE (2010²¹)).

Ahora bien, si se compara los rubros incluidos en el CIBSS con el listado de funciones de salud enumerado por OPS-BID (ver supra) sólo queda descartado en la contabilidad de bienes y servicios característicos el “suministro y administración de programas, seguros de salud y otros dispositivos de financiación de la salud” que es compilado por el SCS (cuadro 4). En cambio, por ejemplo, en la CSS de Chile no se especifica la forma en que serían contabilizados los medicamentos aunque podrían formar parte de alguna o varias de las subclases señaladas en el cuadro 6.

Para ilustrar los rubros incluidos, el cuadro 7 muestra la cuenta satélite de salud de España de 2009 que sólo existe para el sector público y que tiene una presentación también diferente para el consolidado. No obstante, los conceptos en las tres cuentas presentadas son similares.

¹⁹ SCN 2008: 9.92

²⁰ Esta diferenciación da cuenta que el CIBSS no es igual que el CEHBSS puesto que el primero puede incluir los servicios de prevención y no el segundo. En concreto, el primero puede incluir desde el AS.1 al AS.6 del cuadro 4 mientras que el CEHBSS comprende solamente del AS.1 al AS.5.

²¹ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe. CELADE, 2010.

CUADRO 6
PRODUCTOS ESPECÍFICOS EN LAS CSS DE CHILE

Código CCP 1.1	Descripción
1. Servicios característicos de la salud	
91122	Servicios administrativos de salud (incluye salud pública)
93110	Servicios de hospital
93121	Servicios médicos generales
93122	Servicios médicos especializados
93123	Servicios dentales
93191	Servicios de partos y conexos, servicios de enfermería, servicios fisioterapéuticos y paramédicos
93192	Servicios de ambulancia
93193	Servicios de instituciones residenciales de salud distintos de los servicios de hospital
93199	Otros servicios de salud humana n.c.p.
2. Servicios conexos de la Salud	
54129	Servicios generales de construcción de otros edificios no residenciales (sólo una parte de la subclase)
61273	Servicios comerciales al por mayor prestados a comisión o por contrato, de productos farmacéuticos y médicos
62273	Servicios comerciales al por menor de productos farmacéuticos y médicos en tiendas especializadas
62274	Servicios comerciales al por menor de instrumentos y dispositivos quirúrgicos y ortopédicos en tiendas especializadas
71320	Servicios de seguros de enfermedad y de accidentes (sólo una parte de la subclase)
91310	Servicios administrativos relacionados con las prestaciones de enfermedad, maternidad o invalidez temporal

Fuente: Minsal-Chile (2010).

CUADRO 7
CUENTA SATÉLITE DE LA SALUD DE ESPAÑA: GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR PÚBLICO (2009)
(En miles de euros)

Concepto de gasto	Administración central				Gasto público en sanidad
	Gasto consumo colectivo	Gasto en consumo individual			
		Transferencias sociales en especie			
	Producción pública	Producción pública	Producción privada	Total	
Bienes y servicios					1 033 187
Servicios primarios de salud		118 097	5 175	123 272	123 272
Servicios especializados			--	--	--
Servicios hospitalarios		186 874	--	186 874	186 874
Docencia M.I.R.		--		--	--
Farmacia			--	--	--
Traslado de enfermos			878	878	878
Prótesis y aparatos terapéuticos			337	337	337
Servicios de salud pública		416 731			416 731
Investigación y formación	234 159				234 159
Gastos de administración general	70 936				70 936

Cuadro 7 (conclusión)

Concepto de gasto	Gasto consumo colectivo		Gasto en consumo individual			Gasto público en sanidad
			Transferencias sociales en especie			
	Producción pública		Producción pública	Producción privada	Total	
Transferencias corrientes						1 776 378
Entre AA.PP. Por servicios concertados						19 607
Entre AA.OO. por gastos de funcionamiento						1 706 997
A hogares e instituciones sin fin lucrativo						38 732
A entes públicos no agentes						11 042
Gasto en consumo final	305 095		721 703	6 389	311 36	2 809 566

Fuente: <http://www.ine.es/ss>.

G. Consumo colectivo de bienes y servicios de salud (CCBSS)

Este concepto identifica aquellos bienes y servicios que benefician a la sociedad como un todo porque ningún individuo puede apropiarse excluyentemente del beneficio. También se entiende como los servicios que “se presta simultáneamente a todos los miembros de la comunidad o a todos los miembros de una sección particular de la misma” (SCN 2008: 9.2).

El SCN (2008: 9.98) especifica con toda claridad la diferencia entre consumo individual y colectivo. Los gastos realizados por el gobierno relacionados con servicios individuales tales como los de salud y enseñanza, tienen que tratarse como colectivos cuando se refieren a la formulación y administración de la política gubernamental, a la fijación y aplicación de normas públicas, a la regulación, habilitación o supervisión de los productores, etc. Por ejemplo, los gastos realizados por los Ministerios de Salud ya que se refieren a asuntos de política, regulación y normas de carácter general.

H. Desglose del consumo efectivo de los hogares en bienes y servicios de salud (CEHBSS)

En algunos de los rubros presentados en la cuenta del CEHBSS se ha mencionado que hay diferencias en cuanto a su inclusión en alguna de las partidas mencionadas en este capítulo. A continuación se especifican y detallan los elementos que pueden ser incluidos en estas partidas.

1. Gastos en cuidados para adultos mayores y personas discapacitadas

Estos merecen alguna discusión porque hay una frontera difusa entre las actividades propias de salud y otras conexas o externas a las funciones de salud. Para ello se sugiere más bien solo considerar los gastos que se realizan en establecimientos dedicados a estos fines y explicitar que se trata exclusivamente de cuidados médicos, de enfermería o similares. En tal caso, pueden ser contabilizados directamente en el CBSS. Asimismo, el trabajo no remunerado que realizan los familiares en el cuidado de sus adultos mayores en el hogar no se incluyen en el SCN ni en las CSS, pero existen actualmente cuentas satélites específicas para el trabajo no remunerado (por ejemplo, la cuenta satélite de trabajo no remunerado de México²²).

²² <http://www.inegi.org.mx>.

2. Servicios de cuidados de salud a domicilio

Estos han aumentado en los últimos años debido a que concurren en numerosos países un incremento simultáneo de las enfermedades crónicas y del envejecimiento poblacional. Para evitar confusiones, estos servicios pueden asociarse a las actividades de las personas que tienen las calificaciones de las ocupaciones vinculadas al sector salud según algún clasificador aceptado²³. En tal caso, también pueden ser contabilizados directamente en el CBSS.

3. Indemnizaciones por incapacidad laboral temporal

Estas aparecen en la segunda columna del diagrama 1 y pueden ser muy importantes en los regímenes de seguridad social en que tal gasto está asociado a cotizaciones que incluyen provisiones tanto para salud como para tal tipo de indemnizaciones, sin diferenciar. Estrictamente, estos gastos no tienen por finalidad directa la salud de las personas por lo que no debiesen estar incluidos en la cuentas de salud.

4. Subsidios

Existen diversas subvenciones que pueden ser asimilados a subsidios al consumo y constituyen transferencias a los hogares. En una cuenta satélite hay dos opciones: o bien el consumo se valora de manera diferente que en el marco central con el fin de incluir el valor de las subvenciones al consumo, o bien el consumo se valora como en el marco central y las citadas subvenciones tienen que incluirse en las transferencias corrientes específicas. Las subvenciones pueden destinarse asimismo a la reducción de los precios del consumo intermedio²⁴.

5. Gastos de prevención individuales y colectivos que realizan el Estado o las ISFLSH

Como se señaló, éstos son incorporados en los gastos corrientes cuando su finalidad principal directa es la salud de las personas. En consecuencia, entre estas actividades pueden estar contabilizadas las de salud ocupacional²⁵ que realiza —o exige— el gobierno para toda la población pero, en cambio, no debiesen estarlo las mismas actividades que se realizan en las empresas porque ellas, en la mayoría de los casos, tienen por objeto mejorar la productividad o incluso la seguridad, en tanto ello reduce o mitiga el aumento de costos en las empresas.

No obstante, los gastos de salud efectuados en calidad de reembolsos por las instituciones que aseguran accidentes del trabajo deben ser incorporados en el gasto corriente de salud puesto que tiene por objeto corregir perturbaciones del estado de salud.

Los gastos de prevención colectivos, como se dijo, son las regulaciones y la gestión desarrollada por la autoridad sanitaria más los gastos en investigación y en formación de recursos humanos en especialidades de la salud (estos dos últimos rubros no se consideran en la perspectiva del SCS).

El sistema de cuentas satélite reconoce como parte del CCBSS a los costos de gestión de la seguridad social y de la asistencia social, pero no a los costos administrativos de los seguros privados generales, los cuales corresponderían al sector de seguros financieros. En el marco del SCS los gastos administrativos de las entidades financieras que gestionan pólizas en salud pueden ser incluidos. Aunque en este caso deben prorratearse los gastos administrativos según los diferentes seguros involucrados, por

²³ Por ejemplo, la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) que es una de las principales clasificaciones de las que la OIT es responsable. Pertenece a la familia internacional de las clasificaciones económicas y sociales (véase <http://unstats.un.org/unsd/class/>).

²⁴ Esto resultó importante al momento de imputar la partida de préstamos del Fondo Nacional de Salud de Chile que incluye transferencias reembolsables (aunque sólo se recupera el 17%) a los grupos de menores ingresos (categoría indigente). En ese caso se optó por hacer un neto entre los gastos en préstamos que son incluidos como gasto del sector público en bienes de salud descontado de la recuperación de préstamos que debe ser imputado a copagos o gastos de bolsillo (Urriola 2005).

²⁵ La salud ocupacional tiene como objetivos prevenir las enfermedades profesionales, proteger a los trabajadores de los riesgos a su salud presentes en el ambiente laboral donde se desempeñan, y establecer condiciones del medio ambiente adaptadas a las condiciones y capacidades físicas y psicológicas de los trabajadores.

ejemplo, descontando la alícuota correspondiente a los gastos administrativos de los seguros de vida comprometidos.

En cuanto a prevención, según el SCS, las partes que pueden ser incluidas en el consumo colectivo son la gobernanza, administración y financiamiento del sistema de salud. “Estos servicios se enfocan en el sistema de salud más que en la atención directa a las personas, por lo que se consideran colectivos ya que no benefician a individuos específicos sino a todos los usuarios del sistema de salud” (SCS 128). Todas estas actividades se encuentran en la clasificación AS 7 del cuadro 4. Por lo demás, cada vez será más difícil separar y precisar los objetivos de ciertos programas preventivos, especialmente de enfermedades no transmisibles, porque los estilos de consumo y de vida son determinantes esenciales en las prevalencias posteriores de enfermedades. Esto hace que los programas que acepten “la salud en todas las políticas” -consignado entre las prioridades del plan estratégico de la OPS para el período 2014-2019 (OPS 2013)- podrán ser incluidos en el marco de las cuentas satélites o de salud, aun si se hacen con objetivos explícitos múltiples. Actualmente, los enfoques que se analizan en este documento, no han resuelto completamente esta situación²⁶.

6. Investigación y formación en especialidades de la salud

Este rubro suele no ser incorporado en las cuentas de salud (como se dijo en 6.5) aunque varios países lo incluyen (las cuentas satélite de salud de Ecuador y Perú no los incorporan mientras que sí lo hacen las de México). Su exclusión, en la perspectiva del SCS, se debe a que no tiene una relación “directa” con la recuperación o mantención de estados de salud.

No cabe duda que los países pueden tener interés en conocer el gasto que se realiza en este rubro para diferentes evaluaciones de las políticas pero podrían ser incluidos en una cuenta “bajo la línea” (*o memo ítem*).

7. Costos de gestión de la salud, especialmente los de las instituciones aseguradoras

Si bien, por su importancia se revisará en detalle el tratamiento de las instituciones aseguradoras en el marco de los enfoques de cuentas de salud, a modo de avance debe incluirse en la cuenta de gasto corriente a la gestión de la “autoridad sanitaria” y a los gastos de gestión de los establecimientos públicos y privados que proveen bienes y servicios de salud. En cambio, los gastos de gestión de los establecimientos privados cuyo objeto es la provisión de seguros pueden ser incluidos en las cuentas de gasto corriente en salud tanto en la perspectiva del SCN como en la del SCS.

²⁶ La necesidad de universalizar las actividades relacionadas con la promoción y la prevención han llevado al concepto de “la salud en todo”. Por ejemplo, en algunos estudios se considera que la obesidad es causante de alrededor del 12% de los costos de la salud en Estados Unidos. Por lo mismo las autoridades han tomado iniciativas que vinculan directamente la actividad física con los resultados en estados de salud de la población. El Institut of Medicine de EE. UU. (2013) hizo recomendaciones imprescindibles y transversales para la salud de los norteamericanos como que en las escuelas se haga, al menos, 60 minutos por día de actividades físicas de intensidad moderada, lo cual involucra al Ministerio de Educación.

IV. Tratamiento de las instituciones de aseguramiento de la salud

Esta sección está exclusivamente dedicada a definir los conceptos fundamentales de seguros, seguridad social y asistencia social en el marco del SCN 2008 y los arreglos institucionales que establece el SCS 2011 para describir el mismo fenómeno, es decir, de donde viene el dinero y adónde va, para lo cual hay una institucionalidad que “intermedia” estos flujos y que se describe de manera específica en el SCS.

A. El marco del SCN 2008

En el capítulo 8 del SCN 2008 (Las cuentas de redistribución del ingreso), se indica que “cuatro conceptos relacionados son de vital importancia para una evaluación de las dos cuentas descritas en esta sección²⁷. Esos conceptos son: seguro social, seguridad social, asistencia social y transferencias sociales en especie”.

1. Seguro social

En el párrafo 8.6 del SCN 2008 se señala que “Los sistemas de seguro social son aquellos a los que los asalariados o los empleadores en nombre de sus asalariados, pagan contribuciones sociales...” y el párrafo 8.7 reporta textualmente “Pueden distinguirse dos grandes tipos principales de **sistemas de seguros sociales**”²⁸.

- a) El primero corresponde a los **sistemas de seguridad social** que cubren a toda la comunidad o a grandes segmentos de la misma, que son impuestos, controlados y financiados por unidades del gobierno. Las pensiones por pagar bajo esos sistemas pueden o no estar relacionadas con

²⁷ Las dos cuentas del capítulo 8 son: la cuenta de distribución secundaria del ingreso y la cuenta de redistribución del ingreso en especie.

²⁸ No debe olvidarse que la explicación para vincular seguros sociales con empleo se sitúa simultáneamente en el marco SCN en el ámbito de las pensiones y en el del aseguramiento de la salud.

los niveles del salario del beneficiario o el historial del empleo. Las prestaciones de no pensiones²⁹ están menos frecuentemente ligadas a los niveles salariales.

- b) El segundo tipo corresponde a los otros **sistemas relacionados con el empleo**. Estos sistemas se derivan de las relaciones asalariado-empleador, en donde la provisión de los derechos de pensión forma parte de las condiciones del empleo y la responsabilidad para la provisión de las prestaciones no le corresponde a la seguridad social del gobierno general”.

Como puede observarse, en la definición de sistema de seguro social relacionado con el empleo se tiene como beneficiarios a los trabajadores y, por extensión, a personas vinculadas a ellos. En los sistemas de seguridad social de la salud, los beneficiarios no están necesariamente vinculados al empleo³⁰.

En la literatura de la economía de la salud es frecuente entender que los sistemas de seguridad social en salud se clasifican según sus fuentes de financiamiento, dividiéndose en seguros sociales contributivos (financiados con pagos de cotizaciones de los trabajadores y/o los empleadores) y no contributivos (financiados con pagos del Estado a través de impuestos generales) que corresponden a lo definido por el SCN. Por otra parte, en el marco del SCS 2011, quizás precisamente para evitar confusiones semánticas, se denominan “esquemas de financiamiento” a todas las combinaciones en las formas de gestión de la función de aseguramiento sean públicas o privadas; obligatorias o voluntarias.

De cualquier modo, en el párrafo 8.65 (SCN 2008) se especifican las condiciones para definir un sistema de seguros sociales (en negrita y cursiva en el original):

“Los sistemas de seguros sociales son sistemas de seguros en los que se cumplen las dos condiciones siguientes:

a) las prestaciones recibidas están condicionadas a la participación en el sistema y constituyen prestaciones sociales tal como se definen en el SCN; y

b) se cumple al menos una de las tres condiciones siguientes:

- la participación en el sistema es obligatoria, bien porque lo establece la ley o porque se establece en los términos y las condiciones de empleo de un asalariado o grupo de asalariados;*
- el sistema es de carácter colectivo y opera en beneficio de un grupo concreto de trabajadores, asalariados o desempleados, restringiéndose la participación a los miembros de dicho grupo;*
- un empleador hace una contribución (efectiva o imputada) al sistema en nombre de un asalariado, con independencia de que el asalariado contribuya o no también al sistema”.*

De manera más precisa se indica que “...los seguros sociales pueden ser organizados por unidades privadas o gubernamentales” y que “... las prestaciones de los seguros sociales pueden ser en dinero o en especie”, con lo cual el sistema de seguros sociales queda definido esencialmente por alguna de estas dos condiciones fundamentales: obligatoriedad y carácter colectivo.

En el párrafo 8.72 del SCN se afirma que “...los sistemas de seguros sociales tienen que organizarse colectivamente para grupos de trabajadores o bien tienen que establecerse por ley para todos los trabajadores o para determinadas categorías de los mismos, pudiendo estar incluidos en ellos tanto las personas desempleadas como los asalariados. La gama posible abarca desde los sistemas privados organizados destinados a grupos específicos de trabajadores ocupados por un solo empleador hasta los sistemas de seguridad social que cubren a toda la fuerza de trabajo de un país”. Específicamente, en el párrafo 8.76 se señala que “... todos los sistemas de seguros sociales se fundamentan en una relación de

²⁹ Esta es una referencia explícita a la salud.

³⁰ En algunos casos esta acepción puede provocar una cierta confusión (más aún, si ambos -trabajadores y no trabajadores- están cobijados por una misma institución de aseguramiento público como sucede, por ejemplo, en Chile con el Fondo Nacional de Salud o, privado, con las EPS de Colombia). En esta visión -que no es la del SCN- el sistema de seguridad social no podría ser un subconjunto del sistema de seguro social.

empleo incluso si los participantes son autónomos o desempleados...” Sin embargo, el propio SCN (párrafo 8.7) no descarta que los sistemas de seguros sociales puedan tener una cobertura más amplia (que cubra no sólo a los trabajadores sino a otros grupos de la población), al definir que la seguridad social puede cubrir a toda la comunidad³¹.

i) Seguridad social

En el párrafo 8.77, el SCN 2008 señala que “... en muchos países, los sistemas de seguridad social son en gran medida la categoría más importante de los sistemas de seguros sociales, por lo que merece la pena resumir sus principales características. Los sistemas de seguridad social son sistemas impuestos, controlados y financiados por unidades de gobierno con el fin de ofrecer prestaciones sociales a los miembros de la comunidad en su conjunto, o a segmentos particulares de la misma.

Los fondos de seguridad social creados para este fin son unidades institucionales separadas, organizadas y gestionadas por separado de otros fondos del gobierno. Sus ingresos proceden principalmente en las contribuciones pagadas por las personas individuales y por los empleadores a nombre de sus asalariados, pero también pueden recibir transferencias de otros fondos gubernamentales”.

Es importante definir si seguridad social y gobierno van siempre de la mano o puede existir seguridad social fuera del gobierno. En el SCN 2008, seguridad social siempre es gobierno a partir de su propia definición: sistema impuesto, controlado y financiado por el gobierno. No se encuentran referencias a la posibilidad de que exista seguridad social fuera del gobierno.

Esto significa que por más que un país defina el término seguridad social en forma amplia (esto es comprendiendo a unidades privadas) esto no corresponde con lo que se establece en las vigentes recomendaciones internacionales sobre cuentas nacionales. En el caso específico del aseguramiento, la diferencia estriba esencialmente en si son obligatorios por ley o no. No obstante, el gobierno puede contratar empresas privadas para que lleven a cabo esta tarea tal como pueden hacerlo en ámbitos de la policía, de la construcción, de la gestión, de las carreteras públicas, etc.³². Específicamente cuando se entrega la atribución de la gestión de la seguridad social a un ente privado éstos debieran seguir apareciendo como seguridad social y no como otros seguros sociales³³, aunque cabe recordar que uno de los principales aportes de las cuentas satélite es que pueden emplear “conceptos alternativos a los del marco central del SCN”.

ii) Seguro social vinculado al empleo (distintos de la seguridad social)

Son los sistemas de seguros distintos de la seguridad social del gobierno donde se cumplen “las dos condiciones siguientes:

- a) Las prestaciones recibidas están condicionadas a la participación en el sistema
- b) Al menos se cumple una de las tres siguientes condiciones:
 - la participación en el sistema es obligatoria, ya sea por ley o bajo los términos y condiciones del empleo de un asalariado o grupo de asalariados;
 - el sistema es de carácter colectivo y operado para el beneficio de un grupo concreto de trabajadores, sean asalariados o desempleados, restringiéndose la participación a los miembros de dicho grupo, y
 - un empleador hace una contribución (efectiva o imputada) en nombre de un asalariado, con independencia de que el asalariado contribuya o no también al sistema” (SCN: 17.88).

Se pueden organizar de distintas formas:

³¹ También se puede mencionar que los propios empleadores pueden organizar para su propio usufructo un sistema de seguro social.

³² Cuando el gobierno compra servicios de salud fuera del sector público para proveer a los hogares es gasto del gobierno. Cuando el gobierno decide entregar parte de la gestión de alguna de sus funciones al sector privado no se privatiza la función sino la ejecución o la gestión de una actividad pública.

³³ En principio, la diferencia parece demasiado pequeña entre seguridad social con externalización de la gestión y gestión privada de un seguro social. Pero ella se encuentra en la propia definición de seguridad social y seguro social porque el SCN no enfatiza los mecanismos de gestión de los sistemas de seguros.

- 1) El empleador puede operar su propio sistema de seguro social no basado en fondos especiales. En este caso el empleador proporciona directamente las prestaciones a los beneficiarios y la afronta con sus propios recursos, sin crear un fondo especial o reserva separada para esa finalidad.
- 2) El empleador puede operar el sistema de seguro social basado en fondos especiales. Aquí el empleador crea una reserva separada para afrontar las prestaciones.
- 3) Una empresa de seguros puede —a cambio de una comisión— brindar el servicio de gestión del sistema, pero sin asumir los riesgos asociados a él; es decir, el empleador y no la empresa de seguros asume la responsabilidad de cualquier déficit de fondos para satisfacer las prestaciones.
- 4) Una empresa de seguros puede —a cambio de una comisión— brindar el servicio de gestión y asumir los riesgos financieros. En este caso —denominado sistemas multi-empleadores— la empresa suministra el servicio colectivamente para una serie de sistemas y asume la responsabilidad de disponer los suficientes fondos para hacer frente a las prestaciones³⁴.
- 5) Los sindicatos pueden operar también un seguro social para sus miembros, a cambio de una comisión.

2. Asistencia social

Para comprender la manera en la que el SCN clasifica la atención en salud a la población que no aporta cotización alguna —ya sea porque el propio sistema no lo exige o porque carece de los recursos para hacerlo— conviene remitirse al párrafo 8.92 en que se establece que “... la asistencia social se diferencia de la seguridad social en que para tener derecho a las prestaciones de la asistencia social no depende del hecho de participar en el sistema como se demuestra, por ejemplo, con el pago de contribuciones”. Este esquema puede relacionarse con el sistema conocido como de Beveridge iniciado en el Reino Unido.

Continúa el texto (SCN 8.92) , “...normalmente todos los miembros de los hogares residentes tienen derecho a solicitar asistencia social pero las condiciones bajo las que se otorga son a menudo restrictivas. Frecuentemente existe una evaluación de los ingresos disponibles en relación con las necesidades de un hogar y únicamente los hogares que caen debajo de ese umbral establecido pueden tener derecho a este tipo de asistencia social.

En todo caso, “el grado en que la asistencia social proporciona ingresos a los hogares varía de un país a otro. En algunos casos, de hecho, no existe la seguridad social y toda la provisión de ingresos por parte del gobierno para cubrir las necesidades sociales se suministra sin contribuciones, pero este no es el caso general.”

Si bien, el SCN 2008 distingue cuando el gobierno presta servicios de salud a toda la población del caso de la asistencia social³⁵ en donde se prestan servicios a un segmento seleccionado de la misma, en la práctica no se diferencian las partidas del gasto destinadas a uno u otro fin. En ambos casos, las prestaciones sociales en especie se registran en las partidas D631. Transferencias sociales en especie —producción no de mercado y D632. Transferencias sociales en especie —producción de mercado.

Un punto a tener en cuenta es que en el SCN “todas las prestaciones sociales en especie proporcionadas por el gobierno se tratan del mismo modo, sin intentar separarlas en provenientes de la seguridad social o de la asistencia social”³⁶, aunque en aquellos países en donde los fondos de la seguridad social estén organizados de manera independiente del resto de las actividades del gobierno, es posible separar las transacciones y por tanto identificarlas por separado de la asistencia social.

³⁴ SCN 17.92 y 17.93.

³⁵ SCN 2008: 17.84.

³⁶ SCN 2008: 8.106.

3. Seguros voluntarios

Finalmente, en lo que se relaciona con los hogares que aportan cotizaciones voluntariamente para su aseguramiento en salud cabe mencionar lo que señala el SCN en el mismo capítulo “El pago de las contribuciones para seguridad social por, o en nombre de, determinadas personas, como los asalariados, puede ser obligatorias por ley, pero otros individuos pueden optar por pagar voluntariamente con el fin de tener derecho a las prestaciones de la seguridad social”. El monto imputado es exclusivamente el de las prestaciones pagadas o reembolsadas.

En síntesis, el marco conceptual del SCN es sin duda coherente y consistente. Queda claro en el SCN 2008 que *seguro social* es un concepto más amplio que el de *seguridad social*, ya que comprende también a los otros sistemas de seguros sociales vinculados al empleo. Estos otros sistemas pueden ser administrados por los propios empleadores, por los trabajadores o sus organizaciones, o por otras unidades institucionales.

RECUADRO 2 FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS

De acuerdo al SCN las prestaciones sanitarias son financiadas por:
gasto de bolsillo + seguros voluntarios + seguros sociales + asistencia social (gobierno e ISFLSH) y
seguros sociales = seguridad social + otros seguros sociales^a.

Fuente: Elaboración propia.

^a Esencialmente sociales (para todos los trabajadores de un conjunto) pero pueden ser administrados por entidades públicas o privadas

Por lo tanto, desde el punto de vista del financiamiento, el consumo efectivo de los hogares en productos específicos de salud por tipo de cobertura en el marco del SCN se puede ver en el cuadro 8.

A modo de ejemplo, las Obras Sociales de Argentina cabrían dentro del rubro “seguros sociales vinculados al empleo” mientras que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de México son instituciones que se clasifican como seguridad social.

En todo caso el cuadro anterior merece una aclaración adicional.

Como se podrá observar, los gastos administrativos —incluyendo utilidades— de las empresas de seguros de salud no se desglosan en los tipos de financiamiento que integran el consumo efectivo de los hogares del cuadro 5. Esto no significa que no puedan incluirse entre los productos específicos, y en tal caso aparecerían como financiados por la columna 1 (Gasto directo de los hogares).

Estos gastos administrativos de las empresas de seguros de salud se incluyen también en el SCS, ya que “... el gasto de un esquema de financiamiento incluye los gastos en bienes y servicios de salud y la administración de ese esquema de financiamiento. La administración de un esquema de financiamiento dado incluye gastos relacionados con la recaudación y con la compra. Además, si dos diferentes unidades institucionales están comprometidas en la recaudación y en la compra, los costos administrativos de ambas instituciones podrían ser incluidos”. En efecto (SCS 2011:188), se reconoce que los cuadros HCxHF y HPxHF muestran los gastos en salud en un período dado para cada EF, mientras que el HFxFS se refiere a los ingresos percibidos por ese mismo conjunto de EF en el mismo periodo.

CUADRO 8
FINANCIAMIENTO DEL CONSUMO EFECTIVO DE LOS HOGARES EN PRODUCTOS ESPECÍFICOS DE SALUD, POR TIPO DE COBERTURA
(Incluye códigos de transacciones del SCN 2008)

Gasto directo de hogares	Seguros voluntarios			Seguridad social del gobierno		Seguro social vinculado al empleo		Asistencia social del gobierno			Asistencia social de ISFLSH			Consumo efectivo de los hogares en productos de salud
	Copagos de hogares	Pagos de sociedades financieras de seguros	Copagos de hogares	Copagos de hogares	Pagos de seguridad social en dinero	Reembolsos y prestaciones de la seguridad social en especie	Copagos de hogares	Copagos de hogares	Pagos de asistencia social en dinero	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	Copagos de hogares	Pago de asistencia social en dinero	Reembolsos y prestaciones de la asistencia social en especie	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15=1+...+14
		D72		D621	D6311 /D6312		D622/ D623		D624	D6313/ D632		D624	D6313/ D632	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

**RECUADRO 3
CINCO CONCEPTOS CLAVE EN EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD**

Es necesario precisar los cinco conceptos clave en la construcción del SCS y que se identifican con las siguientes siglas. Para mejor seguimiento del texto se presenta una definición básica de cada una de ellas.

HC = Clasificador de la función de la atención de la salud (Health Care). Se asocia con las clasificaciones funcionales del SCN 93. Clasificación de las Funciones del Gobierno CFG (COFOG por su sigla en inglés).

HP = Clasificador de proveedores de BSS. Se asocia con la Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU). (Anexo 10.1 del SCS).

FA = Agentes de los esquemas de financiamiento. Son unidades institucionales que administran en la práctica esquemas de financiamiento de la salud. Ellos implementan la recaudación de ingresos, la distribución de los recursos y la compra de servicios.

HF = Clasifica a los arreglos institucionales para la administración de los seguros sociales o esquemas de financiamiento.

FS = Clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento.

Fuente: SCS 2011

Por lo mismo, esa diferencia debe ser entendida como la valoración de las primas netas que se obtienen restando del valor de las primas efectivas a pagar por parte de los titulares de los seguros privados de salud (clasificados en las sociedades financieras), el cargo del servicio de las empresas de seguros, es decir, primas menos indemnizaciones.

Para ilustrar el tratamiento de las prestaciones sociales en el SCN 2008, se presenta el siguiente cuadro:

**CUADRO 9
TRATAMIENTO DE LAS PRESTACIONES SOCIALES EN EL SCN 2008**

		Prestaciones sociales	
		En dinero	En especie (incluye reembolsos)
Prestaciones sociales	Seguro social		
	Seguridad social (gobierno)	D621	D631/D632D632
	Vinculados al empleo (cualquier SI)	D622	D622: se registran como si se hicieran en dinero: no pueden tener gastos de consumo final
	Asistencia social		
	Administrada por el gobierno	D623	D631/D632
	Administrada por ISFLSH	D623	D631/D632
		Prestaciones sociales distintas de las prestaciones sociales en especie (TSE)	TSE

Fuente: Elaboración propia.

En las filas se clasifican a las prestaciones sociales según las brinde el seguro social (desglosado en seguridad social y otros seguros sociales vinculados al empleo) o la asistencia social (del gobierno o de las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares). En las columnas se clasifican las

prestaciones sociales según sean en dinero o en especie. En las celdas se incluyen las partidas con el código de clasificación de la transacción del SCN 2008.

El gasto de consumo final de los hogares incluye las prestaciones sociales identificadas en las celdas pintadas de color gris oscuro. El gasto de consumo final del gobierno incluye a las prestaciones sociales en especie, indicadas en las celdas pintadas de color gris claro.

La partida D621. Prestaciones de la seguridad social en dinero son las prestaciones que los fondos de la seguridad social pagan en dinero a los hogares, para que éstos consuman servicios de salud.

La partida D622. Otras prestaciones de los seguros sociales son las que abonan los seguros sociales distintos de la seguridad social, en dinero o en especie a los hogares contribuyentes para que consuman servicios de salud.

La partida D623. Prestaciones de la asistencia social en dinero, son las que abona la asistencia social en dinero a los hogares para que éstos consuman servicios de salud.

La partida D631. Transferencias sociales en especie —producción no de mercado, es la producción no de mercado suministrada por el gobierno a los hogares en forma gratuita o a precios económicamente no significativos.

La partida D632. Transferencias sociales en especie —producción de mercado, es la compra de bienes y servicios que realiza el gobierno a productores de mercado, que son suministrados directamente y sin transformación a los hogares.

B. El marco del SCS 2011

Por su parte, el SCS 2011 dedican un anexo (p.418 y sig.) a la relación entre el SCN y el SCS. En éste se indica que las contribuciones a la seguridad social de salud pueden ser incluidas en la categoría más amplia de contribuciones sociales y registradas en las cuentas de distribución secundaria del ingreso.

EL SCS pone énfasis en los recursos que los esquemas de financiamiento pagan a los proveedores de salud. Estos se registran en las tablas diseñadas con este propósito.

Para avanzar en las definiciones conceptuales es necesario tener en cuenta algunos conceptos fundamentales en el SCS que se usan frecuentemente en la descripción de las cuentas.

Además del análisis de los flujos de la provisión de bienes y servicios de salud y las transacciones relacionadas hay otras preguntas centrales en el SCS 2011. Estas son: ¿de dónde viene el dinero? y, ¿dónde va el dinero? (SCS 2011:434) para lo cual se dispone de dos perspectivas de análisis. La primera consiste en un desglose de los gastos en salud en un complejo rango de arreglos de pagos entre aseguradores y prestadores, más los pagos directos de los hogares y más otras fuentes de financiamiento directo, por ejemplo, proporcionada por el gobierno a través de prestaciones sanitarias.

La segunda perspectiva centra el análisis en las fuentes de financiamiento de los intermediarios financieros (fondos de seguridad social; fondos privados sociales y otros seguros privados; las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares, ISFLSH). Las transferencias adicionales tales como las transferencias intergubernamentales, las deducciones de impuestos, los subsidios a los proveedores y el financiamiento desde el resto del mundo también pueden ser examinados en esta perspectiva.

Para registrar el financiamiento de las prestaciones sanitarias, el SCS ha desarrollado un conjunto específico de clasificaciones que se explicitaron en el recuadro 2 y un conjunto específico de tablas principales que son: HPxHF, HFxFS y HFxFA. Lo que interesa en esta sección además de describir el marco lógico del SCS es destacar los aportes así como las compatibilidades e incompatibilidades entre ambos enfoques.

En lo que se refiere al marco analítico, el propio SCS (2011:156) define los conceptos clave para describir la estructura del sistema de financiamiento y sus transacciones principales. Estos son los siguientes:

1. Esquemas de financiamiento de la salud (*health care financing schemes*)

Es la piedra angular de la estructura funcional de los sistemas de financiamiento de la salud de los países. Son los principales tipos de arreglos de financiamiento a través de los cuales se pagan los servicios de salud que consumen las personas. Esto incluye los pagos directos de los hogares y los arreglos entre aseguradores (tales como el seguro social de salud, seguros voluntarios, etc.) con los proveedores. Aunque los esquemas de financiamiento en este marco son clave para la compra de servicios de salud también comprenden las reglas para otras funciones como la recaudación y la distribución de los recursos del esquema de financiamiento en un país.

CUADRO 10
CRITERIOS PARA CLASIFICAR LOS PRINCIPALES ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO A LA SALUD

Esquema de financiamiento	Modo de participación	Prestaciones	Método de recaudación de fondos	Mancomunidad
HF.1.1 Esquemas gubernamentales	Automático para todo ciudadano y residente; o a grupos específicos (p.ej pobres); definido por leyes y regulaciones	No contributivas típicamente universal o disponible para un grupo poblacional específico o ciertas patologías definidas por ley (HVI, oncología)	Obligatorio, ingresos presupuestarios (impuestos primarios)	Nacional, subnacional o a nivel de programa
HF.1.2.1 Seguro social de salud	Obligatorio para todo ciudadano y residente; o a grupos específicos definido por leyes y regulaciones. En algunos casos, la afiliación requiere acciones desde los beneficiarios	Contributiva; basada en pagos realizados por o en representación de una persona	Obligatorio, contribución no relacionada con el riesgo. El seguro puede ser pagado por el gobierno desde el presupuesto o en nombre de grupos no contributivos de la población. El gobierno puede también proveer subsidios a este esquema	Nacional, subnacional o por esquema; con fondos múltiples, la extensión del pooling dependerá de los mecanismos de aplanamiento de riesgos en los esquemas
HF.1.2.2 Seguro privado obligatorio	Obligatorio para todo ciudadano y residente; o a grupos específicos definido por leyes y regulaciones	Contributivo basado en la compra de una póliza de seguro de una compañía especializada u otras	Primas de seguro de salud obligatorias. Puede incluir subsidios públicos	Nacional, subnacional o por esquema; con fondos múltiples, la extensión del pooling dependerá de los mecanismos de aplanamiento de riesgos en los esquemas. También depende de la extensión de la regulación de las primas y de la estandarización de los beneficios que deben otorgar los esquemas
HF.1.3 Cuentas de ahorro médico obligatorias	Obligatorio para todo ciudadano y residente; o a grupos específicos definido por leyes y regulaciones. En algunos casos, la afiliación requiere acciones desde los beneficiarios	Contributiva: basada en la compra de bonos de la cuenta; las personas poseedoras de los bonos pueden, sin embargo, solo usar el dinero ahorrado en salud	Obligatorio definido por ley, es decir como proporción del ingreso	No transferible salvo a veces entre miembros de la familia

Cuadro 10 (conclusión)

Esquema de financiamiento	Modo de participación	Prestaciones	Método de recaudación de fondos	Mancomunidad
HF.2.1 Seguros voluntarios	Voluntario	Contributivo basado en la compra de una póliza de seguro generalmente con un contrato	Suelen tener primas no relacionadas con el ingreso (sino con selección de riesgos). El gobierno puede directa o indirectamente otorgar subsidios	Al nivel del esquema
HF.2.2 Esquemas de financiamiento de instituciones sin fines de lucro	Voluntario	No contributivo, discrecional	Donaciones desde las personas, las empresas o del gobierno (mediante presupuesto o ayuda externa)	Puede ser inter programas pero normalmente es de programas
HF.2.3 Esquemas de financiamiento de las empresas (diferentes a los seguros basados en empleo)	Decisión voluntaria de las corporaciones con cobertura basada en el empleo en la empresa (e.d. es obligatorio pertenecer a la empresa)	No contributivo, discrecional independiente del tipo de servicios aunque puede ser regulado por ley	Elección voluntaria de la empresa para usar recursos con este propósito	Al nivel individual por empresas
HF.3 Gasto directo de los hogares	Voluntario: voluntad de pagar del hogar	Contributiva: el servicio se presta si se paga	Voluntaria: ingresos disponibles y ahorro del hogar	No interpersonal
HF.4 Esquemas de financiamiento del Rdel M	Obligatorio o voluntario	Criterios decididos por instituciones externas	Donaciones y transferencias voluntarias de entidades extranjeras	Varia según programa

Fuente: SCS 2011.

Los esquemas de financiamiento que presenta el SCS 2011 no son idénticos con los del SCN 2008, pero en cambio, son compatibles con aquel tal que: el grupo H.F. 1.1 de “Esquemas gubernamentales” es idéntico al concepto de asistencia social del gobierno en el SCN 2008; el H.F.1.2.1 de “la seguridad social en salud” corresponde también exactamente a lo que es denominado seguridad social en el SCN 2008; el H.F.1.2.2 de “los seguros privados obligatorios” entra en el rubro de “otros seguros sociales” del marco central del SCN, al igual que el H.F.1.3 de “las cuentas de ahorro médicas obligatorias” que solo se distinguen del grupo anterior en el carácter individual y no solidario de la distribución³⁷.

Luego, la segunda serie del cuadro 10 señala al H.F.2.1 es decir, “los esquemas de seguros voluntarios de salud” que equivalen a los seguros voluntarios como se explicaron en la sección anterior; el H.F.2.2 con “las instituciones sin fines de lucro” que en el caso del SCN 2008 no son tratados como seguros voluntarios sino como parte de la asistencia social por lo que la forma de asignación es diferente en uno u otro caso como se explicó; y el H.F.2.3 que incluye “los esquemas de financiamiento de las empresas (diferentes que los esquemas de la seguridad social en que las cotizaciones son pagadas por los empleadores porque estos son obligatorios)”. Este caso se refiere más bien a los esquemas que rigen a una gran parte de los acuerdos laborales entre trabajadores y empleadores en Estados Unidos. Estos, en el marco del SCS y del SCN, son tratados como seguros voluntarios.

Existen además en el cuadro 10, el H.F.3 o “gasto de bolsillo de los hogares” que se contabiliza al igual que el gasto de bolsillo en el SCN 2008; el rubro H.F.4 o “esquemas de financiamiento del resto del mundo”, los cuales pueden en algunos países —o en ciertos momentos, por ejemplo ante catástrofes— ser significativos para el gasto en salud nacional. En general, estas donaciones son previamente entregadas a instituciones públicas o privadas para su ejecución por lo que la especificación si bien puede otorgar valiosa información en cuanto a las políticas, no debiese cambiar los resultados del CBSS o del GCS.

³⁷ Este sistema es muy poco frecuente y se reconoce en pocos países y en algunos sistemas locales o regionales.

En definitiva, si se parte de los conceptos del SCN relacionados con los seguros sociales, seguros voluntarios y asistencia social, es posible construir una cuenta con los esquemas de financiamiento del SCS.

Es necesario distinguir claramente, por un lado, los conceptos que hacen posible analizar el financiamiento del consumo de bienes y servicios de salud y, por otra parte, los procesos de recolección de datos. Los esquemas de financiamiento de la salud son claves para analizar el financiamiento del consumo de bienes y servicios de salud, mientras que los datos que conciernen a las transacciones relevantes pueden ser recolectados desde los agentes financieros que operan los diferentes esquemas de financiamiento o desde los prestadores, dependiendo de los sistemas estadísticos de los países.

En suma, el texto indica (SCS 2011:158) que las categorías de los esquemas de financiamiento de la salud son unidades analíticas fundamentales del SCS 2011. Este enfatiza la información que aparece más relevante para las autoridades sectoriales. Entre ellas se encuentra el análisis (desglose) de los gastos según los esquemas de financiamiento de la salud y según agentes financieros (SCS 2011:187).

2. Tipología de ingresos (*types of revenues*) de los esquemas de financiamiento de la salud

Es el enfoque usado para identificar, clasificar y medir la combinación de fuentes de recursos para cada esquema de financiamiento (por ejemplo, contribuciones a la seguridad social usadas para cubrir las compras de los esquemas de seguridad social o, subvenciones para mantener los esquemas de las ISFLSH).

Medir las fuentes de ingresos de cada esquema de financiamiento así como de todo el sistema otorga una información esencial a los tomadores de decisiones, particularmente en la combinación de gastos públicos y privados. En esta perspectiva, se puede clasificar las fuentes de financiamiento según una tipología de ingresos y según las unidades institucionales que lo proveen.

En el caso de la tipología de ingresos —puesto que se trata de evaluar los flujos de las recaudaciones— es importante precisar su proveniencia, destino y naturaleza. Según el SCS (2011:195) habría algunas ambigüedades en cuanto a la clasificación de público y privado de los aportes de los hogares porque en tanto consumidores pertenecen al sector privado pero, en cambio, podrían aportar al sector público y privado mediante los seguros de salud.

De acuerdo al SCN 2008 la proveniencia de recursos para la salud solo puede ser desde los sectores institucionales o del resto del mundo; el destino es el consumo individual o colectivo en salud y la naturaleza corresponde a los tipos de pagos (compras, transferencias, etc.).

Cabe notar que el concepto de los tipos de ingresos que registra el SCS 2011, como se observa en el cuadro 8, se refieren a las especificaciones de las fuentes de la recaudación de fondos por parte de las instituciones que conforman los esquemas de financiamiento.

No amerita analizar cada tipo de ingresos porque la mayoría se explica por sí solos y no debiesen tener incompatibilidades en el registro si se toman los criterios habituales del SCN. En consecuencia, solo se harán observaciones cuando parezca pertinente:

FS.1 Transferencias desde el gobierno al sector salud

Estos pueden ser desglosados en unidades centrales, locales o regionales si ellas existiesen.

FS.1.1 Transferencias internas en el sector público (intra-gobierno) y donaciones

Están directamente relacionadas al tipo de centralización/descentralización del sistema de salud. Por cierto, excluyen las transferencias que se generan por pagos a la seguridad social o a cualquier seguro social tal como se entiende en el SCN.

CUADRO 11
CLASIFICACIÓN DE LOS INGRESOS EN LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

FS.1	Transferencias de los ingresos públicos internos (para salud)
FS.1.1	Transferencias y donaciones internas
FS.1.2	Transferencias del gobierno en nombre de grupos específicos
FS.1.3	Subsidios
FS.1.4	Otras transferencias de los ingresos públicos internos
FS.2	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno
FS.3	Cotizaciones a la seguridad social
FS.3.1	Cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores
FS.3.2	Cotizaciones a la seguridad social de los empleos
FS.3.3	Cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores autónomos
FS.4	Pre-pago obligatorio (excluidos los de FS.3)
FS.4.1	Pre-pago obligatorio de personas y hogares
FS.4.2	Pre-pago obligatorio de empleadores
FS.4.3	Otros pre-pagos obligatorios
FS.5	Pre-pago voluntario
FS.5.1	Pre-pago voluntario de personas y hogares
FS.5.2	Pre-pago voluntario de empleadores
FS.6	Otros ingresos del país, n.e.p
FS.6.1	Otros ingresos de hogares n.e.p
FS.6.2	Otros ingresos de empresas n.e.p
FS.6.3	Otros ingresos de ISFLSH n.e.p
FS.7	Transferencias externas directas
FS.7.1	Transferencias financieras externas directas
FS.7.1.1	Transferencias financieras directas bilaterales
FS.7.1.2	Transferencias financieras directas multilaterales
FS.7.1.3	Otras transferencias financieras directas directas
FS.7.2	Ayuda externa directa en especie
FS.7.2.1	Ayuda directa externa en bienes
FS.7.2.1.1	Ayuda directa bilateral en bienes
FS.7.2.1.2	Ayuda directa multilateral en bienes
FS.7.2.1.3	Otra ayuda directa externa en bienes
FS.7.2.2	Ayuda directa externa en servicios (Incluyendo AT)
FS.7.3	Otras transferencias externas directas n.e.p
Partidas debajo de la línea	
Partidas de notificación	
FS.RI.1	Unidades institucionales que aportan ingresos a los esquemas de financiamiento
FS.RI.1.1	Gobierno
FS.RI.1.2	Empresas
FS.RI.1.3	Hogares
FS.RI.1.4	ISFLSH
FS.RI.1.5	Resto del mundo
FS.RI.2	Ingresos totales del exterior (FS.2 + FS.7)
FS	Partidas relacionadas
FSR.1	Préstamos
FSR.1.1	Préstamos del gobierno
FSR.1.2	Préstamos de las empresas provadas
FSR.2	Ayudas en especie valoradas por el donante

Fuente: SCS 2011.

FS.1.2 Transferencias del gobierno hacia grupos específicos

Este rubro se refiere a los pagos que el gobierno realiza para asegurar a grupos sociales específicos (por ejemplo, niños, adultos mayores, desempleados, etc.). Los receptores de estos fondos pueden ser seguros sociales y, menos frecuentemente, se manifiestan como compra directa a proveedores privados ya que en este caso es una transferencia directa a los hogares, considerada como transferencia en especie en el SCN.

FS.4 Primas³⁸ de las cuentas de ahorro obligatorio para salud

Se refiere a las primas y pagos entregados a los seguros privados que administran las cuentas individuales de ahorro obligatorio para salud cuando existen³⁹.

FS.5 Primas de los seguros privados voluntarios de salud

Existen diferentes modalidades para fijar estas primas: las relacionadas con los riesgos individuales (por ejemplo, cuando se consideran las preexistencias de enfermedades); las relacionadas con riesgos grupales (por ejemplo, diferenciar hombres y mujeres) y las relacionadas con los riesgos poblacionales (establecen probabilidades de costos medios poblacionales en base a cálculos actuariales). Esta diferenciación puede ser útil para las autoridades sectoriales.

FS.6.1 Otros ingresos que aportan los hogares

Esta categoría incluye esencialmente los “gastos de bolsillo” de los hogares así como cualquier transferencia voluntaria hacia algún EF que no sea asimilable a alguna prima, por ejemplo, donaciones a programas de salud de alguna ISFLSH.

En consecuencia, el SCS aporta una metodología para el desglose de los ingresos que refleja el flujo de los aportes de las unidades institucionales hacia el sistema. Este desglose, con prolijidad y algunas dificultades, es “traducible” para hacerlo compatible con el enfoque del marco central del SCN 2008.

3. Unidades institucionales de financiamiento de los sistemas de salud (*institutional units of health care financing systems*)

Estas son las unidades que se tipifican en el SCN como sectores institucionales residentes (gobierno, hogares, sociedades o corporaciones, ISFLSH) y Resto del Mundo. Estas pueden jugar un papel de proveedores de recursos para los esquemas de financiamiento (tales como los hogares y las corporaciones); y/o el papel de los agentes de financiamiento que administran uno o más esquemas de financiamiento.

El cuadro siguiente da cuenta de cómo puede presentarse una cuenta que vincule los tipos de ingresos con las unidades institucionales:

Cabe notar que las cuentas elaboradas por los países de América Latina no han logrado armonizar aun el tema de los sectores. Por ejemplo, Ecuador solo determinó tres sectores (no dispuso de información para las ISFLSH); Perú solo presentó un sector público y otro privado; México agregó un subsector seguridad social (Dorin 2011).

³⁸ Prepago o valor de la cotización.

³⁹ Es un desglose diferente al de las primas pagadas a la seguridad social o a otros seguros sociales. Estas debiesen estar incluidas en el rubro FS.3 del cuadro 8. En todo caso, el SCS no sigue la diferenciación que realiza el SCN para la asistencia social y seguridad social por lo que pueden confundirse las asignaciones al intentar “traspasar” rubros de un sistema al otro.

CUADRO 12
INGRESOS DE LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO DE SALUD ^a POR UNIDADES
INSTITUCIONALES Y TIPO DE INGRESO

Sector	Sector institucional de la economía	Gobierno general		Sociedades		Hogares		ISFLSH		Resto del mundo		Total		
		R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	R	E	
FS.1.1	Transferencias y subsidios internos	200	-150			-200						200	-350	150
FS.1.2	Contribuciones pagadas en beneficio de grupos específicos		-30										-30	30
FS.1.4	Otras transferencias de ingresos públicos locales		-20					10				10	-20	10
FS.3	Contribuciones a la seguridad social				-100	-100						0	-200	200
FS.4	Seguros obligatorios distinto a FS.2											0	0	
FS.5	Seguros voluntarios					-10						0	-10	10
FS.6	Otros ingresos públicos locales n.e.c				-5	-50		-10				0	-65	65
FS.7	Ingresos públicos internacionales										-50	0	-50	50
	Total	200	-200	0	-105	0	-360	10	-10	0	-50	210	-725	
	Contribución neta		0		-105		-360		0		-50		-515	
Ingresos de los esquemas de financiamiento														
HF.1.1	Esquema de financiamiento del gobierno		150								20		170	
HF.1.2	Seguridad social de Salud		30	100		100							230	
HF.1.3	Seguro de salud privado obligatorio												0	
HF.2.1	Seguro de salud voluntario					10							10	
HF.2.2	Esquemas de instituciones sin fin de lucro		10					10		30			50	
HF.2.3	Esquemas de las empresas			5									5	
HF.3	Pago de bolsillo					50							50	
	Total		190	105		160		10		50			515	

Fuente: SCS 2011.

^a El total del cuadro 7 debiese ser igual al gasto corriente en salud o al gasto total en salud según la nomenclatura del primer capítulo y según si se ha incluido o no la FBKF y la variación de existencias. Esta presentación también resulta compatible con los criterios de las CSS pero, por cierto, es diferente al concepto de CBSS.

4. Agentes de financiamiento (*financing agents*)

Son unidades institucionales que administran en la práctica esquemas de financiamiento de la salud. Estos recaudan ingresos, distribuyen riesgos y compran servicios; este es el caso de los gobiernos locales, las agencias de seguro social, las compañías de seguros privados, las ISFLSH, entre otras. En términos genéricos son las instituciones aseguradoras como se observa en el cuadro 13 además de los hogares que en el marco del SCS son clasificados como agentes de financiamiento solo para identificar el proceso general de los gastos de bolsillo.

CUADRO 13
CLASIFICACIÓN DE LOS AGENTES DE FINANCIAMIENTO EN RELACIÓN
A LOS ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO

Esquema de financiamiento	Agentes de financiamiento	
	Agencia recaudadora de ingresos	Agentes de compra
Esquema gubernamental	Organismos gubernamentales	Organismos gubernamentales, ministerios, gobiernos locales ISFLSH Empresas
Esquema del seguro social de salud	Organismo gubernamental Agencia Nacional del seguro de salud Seguro social de salud Empresas de seguros privados	Agencia Nacional del seguro de salud Seguro social de salud Empresas de seguros privados
Esquema obligatorio de seguros privados	Organismo gubernamental Empresas de seguros privados	Empresas de seguros privados Empresas públicas
Esquema de seguros de salud voluntarios	Empresas de seguros privados Seguro social de salud ISFLSH	Empresas de seguros privados Seguro social de salud ISFLSH
Esquema de financiamiento ISFLSH	ISFLSH	ISFLSH
Esquema de financiamiento de empresas	Empresas	Empresas

Fuente: SCS 2011.

No hay necesariamente una correspondencia unívoca entre los esquemas de financiamiento y los agentes de financiamiento (SCS 2011:157). Por ejemplo, en la República de Eslovaquia en 2009 la seguridad social obligatoria fue administrada por dos agencias gubernamentales y cuatro compañías de seguros comerciales. En Holanda las compañías de seguros privados operan simultáneamente esquemas de seguros privados obligatorios y seguros voluntarios; tal como las Isapres en Chile que operan fondos de la seguridad social con seguros voluntarios complementarios. En este caso, las sociedades de seguros siguen dos diferentes tipos de regulación. Estas tienen que aceptar a cualquier persona en el seguro obligatorio de salud pero pueden aplicar primas de riesgos y rechazar individuos en el seguro voluntario.

Por otra parte, en varios países, de acuerdo al SCS (2011:198), las agencias de seguridad social o compañías de seguros privados actúan como agentes financieros no sólo para los seguros de salud sino para, por ejemplo, pensiones, desempleo y seguros de vivienda. En estos casos, sólo sus ingresos relevantes en salud deben ser tomados en cuenta. Esto requiere ajustes en los procedimientos y el desarrollo de las guías para la recopilación de información. En particular, cuando instituciones complejas se desempeñan como agentes financieros, el análisis de su *déficit* o *superávit* debe ser muy cuidadoso. Los *déficit* o *superávit* de los esquemas de financiamiento de la salud pueden estar altamente influenciados por la manera en que se calculen los ingresos relacionados con la salud.

5. Cuadros fundamentales del SCS

En este marco es casi evidente que —con los desgloses planteados— el sistema de cuentas de salud priorizará la elaboración de cuadros que respondan a las preguntas fundamentales que se plantea el SHA 2011. En efecto, las preguntas centrales son:

- Cómo se distribuyen los fondos de cada EF?; Qué servicios son consumidos de manera individual o colectiva?; A qué proveedores compran los EF? (respondidos con los cuadros HCxHF; HPxHF; y HCxHPxHF).
- Por otra parte, podrían preguntarse las autoridades. Qué unidades institucionales gestionan la compra de servicios de cada EF? A esto responden los cuadros HFxFA, HCxHFxFA y HPxHFxFA.
- Desde qué fuentes se recolectan los ingresos de los EF? (HFxFS). Qué unidades institucionales aportan a cada EF? (cuadros HFxFS.RI; y HFxFS.RI).

Para la comparación internacional, las tablas HCxHF y HFxHP entregan información adecuada. Sin embargo, para propósitos nacionales pueden ser requeridos los gastos de los esquemas de financiamiento y de los agentes financieros. El SCS 2011 señala que podría ser posible crear subcategorías de esquemas de financiamiento relacionadas con los agentes financieros que operan un esquema dado. Por ejemplo, “esquemas de financiamiento del gobierno central operados por ISFLSH”; “Seguros sociales de salud operados por fondos de seguridad social”; o, “seguros sociales de salud operados por sociedades de seguros privados”.

Estos desgloses de las clases de cuadros centrales pueden mostrar información importante acerca de los arreglos institucionales de los esquemas de financiamiento particulares. El gasto total de cada esquema de financiamiento podría ser cruzado con las unidades institucionales. Cuando hay más de un tipo de unidad institucional comprometida con la operación de un esquema de financiamiento dado, la tabla podría mostrar el papel de cada unidad institucional.

La clasificación de los ingresos en el SCS (2011:196) también requiere una adecuada interpretación del financiamiento público y del privado. Es reconocido que no existe una correspondencia unívoca entre los sectores público y privado con respecto a las unidades institucionales del sistema de salud y de lo público y lo privado en relación con los fondos utilizados para financiar la asistencia sanitaria. Por ejemplo, indica el SCS, los hogares como sector institucional pertenecen al sector privado pero contribuyen tanto a los fondos públicos como a los privados (por ejemplo, a los fondos de los seguros sociales de salud (público); a los fondos de los seguros voluntarios de salud (privado); y, por cierto, los hogares en general son la principal fuente de los ingresos del gobierno.

Las contribuciones de los seguros sociales de salud pagados por los hogares son considerados como elementos del financiamiento público y las primas de seguros voluntarios de salud pagados por los hogares son considerados como elementos del financiamiento privado. Esto es consistente con la lógica de las finanzas públicas en que los impuestos de la seguridad social son considerados parte del financiamiento público a efectos de los cálculos del déficit o superávit público. En otras palabras, las contribuciones al seguro social son parte del espacio fiscal del gobierno.

Finalmente, en el SCS (2011: 215) también se especifica que la “gobernanza” de los servicios de salud es claramente una actividad primaria de los ministerios de salud y de las agencias con mayores responsabilidades en el sistema de salud. Las unidades involucradas en su “gobernanza” y administración están principalmente comprometidas en la formulación de políticas, en coordinar y monitorear planes, programas y presupuestos y en la administración, operación y soporte de los fondos de la seguridad social que cubren los servicios de salud. Estos gastos también deben ser tomados en cuenta en la administración.

V. Algunas consideraciones finales

Es necesario reiterar el compromiso de las agencias internacionales por poner en evidencia los principales aspectos económicos que deben y pueden ser descritos en el ámbito de la salud, sobre todo, sus principales características estructurales y las vinculaciones con otros sectores. Es fundamental, además avanzar en la perspectiva de disponer de una métrica que posibilite cuantificar el desarrollo sostenible y el bienestar humano, en particular, el aporte de la salud en términos de capital humano, lo que supone describir cuantitativamente el sector no solo en términos de flujo sino también de stock.

Como se conoce, el bienestar humano es un objetivo que reúne —por lo menos— tres elementos: bienestar económico, bienestar ecológico y calidad de vida. El bienestar económico depende de la dotación de capital y del nivel de ingreso; la disponibilidad de capital permite producir bienes y servicios y generar ingresos con los cuales es posible adquirir —consumir— bienes y servicios. La medida del bienestar económico es la cuantificación del acceso de las personas a los bienes y servicios producidos⁴⁰.

Por su parte, la calidad de vida depende del bienestar económico, del bienestar ecológico y de otros factores de índole subjetiva (como información, genética, etc.). Si se asume un horizonte de largo plazo, la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras depende del flujo de ingresos y de cuánto y cómo se usen los activos (capital humano, económico, natural y social) en el presente y en el futuro. La noción de calidad de vida denota una idea más amplia que la de bienestar económico y supera el ámbito de la utilidad derivada del consumo de bienes y servicios; está influenciada por el uso de recursos y por factores de carácter subjetivo e incorpora capacidades, libertades y opciones para satisfacer necesidades individuales que refuerzan la convivencia humana.

Si por capital se considera únicamente el capital producido en el sistema económico, se corre el riesgo de confundir bienestar humano con bienestar económico. En su acepción más amplia, el capital tiene efectos directos sobre el bienestar humano y, junto con la distribución del ingreso, influye en el bienestar individual. En otros términos, la evaluación de la sostenibilidad del desarrollo, en la que se inscribe el bienestar humano, debe considerar todos los activos relevantes, tanto para evaluar su incorporación en los flujos de bienes y servicios como para valorar los stocks disponibles.

⁴⁰ Marconi, S. – Oleas, J. - Lardé, J. (2014).

Un ejercicio contable riguroso en la perspectiva de la sostenibilidad del desarrollo, supone contar con una métrica de flujos y de *stock* de capital que soporta la generación de servicios que permiten mejorar la calidad de vida y facilitar la expansión del capital humano.

En la agenda post-2015, una vez evaluadas las metas de los objetivos de desarrollo del milenio, deberán considerarse estos temas sustantivos que tienen relación con el desarrollo sostenible y el bienestar y las métricas más adecuadas que posibiliten analizar de mejor manera los “espacios” socio-económicos y ambientales e incorporar en la caja de herramientas “cuentas e indicadores” no solo de carácter cuantitativo sino también cualitativo. En el caso de la salud (como también, en el de la educación), eso es prioritario.

Por lo pronto, los países de América Latina han ido compilando sus cuentas (cualquiera que sea su “apellido”: satélites o simplemente “de salud”) indiferentemente en base a las recomendaciones metodológicas de los dos estándares internacionales que no siempre responden a necesidades de quienes deban analizar o adoptar decisiones de políticas públicas en el “espacio” de la salud.

En esa perspectiva, para avanzar en la elaboración de instrumentos más robustos y consistentes con las recomendaciones internacionales es necesario, en primer lugar, establecer una tipología de los sistemas nacionales de salud según el financiamiento, el vínculo entre los aspectos de financiamiento y la provisión de los servicios de salud; describir la función rectora de las autoridades del sector salud y la provisión de los bienes y servicios de salud (nivel primario, secundario y terciario de atención) así como de actividades relacionadas tales como prevención, promoción, curación, rehabilitación, etc.

En segundo lugar, es necesario realizar una descripción detallada de la institucionalidad del sector salud desde un punto de vista económico, cubriendo las esferas del gasto, financiamiento y producción (por ejemplo, público y privado) cuando corresponda.

Es indispensable precisar *el marco teórico de referencia* (en particular, el enfoque que se está adoptando en lo que se refiere al alcance de los cuadros que se compilan; *los actores involucrados en las transacciones* características de las cuentas, clasificados según subsectores institucionales (unidades y agentes de acuerdo a sus funciones como financiadores, proveedores/productores o beneficiarios/consumidores); *las actividades y productos, la definición y cobertura de los servicios de salud* (fronteras de la producción y sus extensiones en términos de productos/actividades, etc.) y *el vínculo con la formación de capital humano*, concebido no solo como gasto corriente sino también como gasto de capital y, sobre todo, como stock de capital.

Una cuenta constituye una forma de presentar información detallada del sector salud, manteniendo su relación con el marco central del sistema de cuentas nacionales (SCN 2008), con el propósito de guardar consistencia teórico-metodológica y estadística. La delimitación de lo que abarca la cuenta de salud depende de la organización de los sistemas de salud de los países y de las respectivas unidades institucionales y administrativas, así como de los objetivos de política de los países.

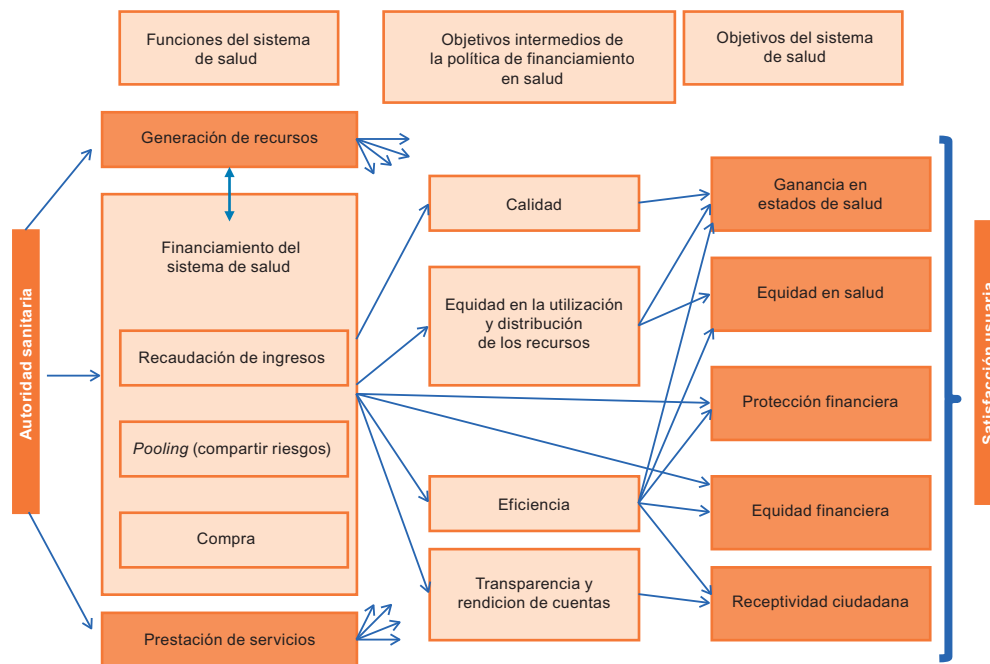
Como sea, hay una delimitación mínima relacionada con la definición funcional de la cuenta de salud cuyas actividades y productos debiesen ser solamente un subconjunto de las funciones específicas que se señalaron para todo el sector⁴¹. En este caso, conviene avanzar delimitando los alcances de las actividades que constituyen subconjuntos de las funciones enunciadas en la primera sección de este documento.

En consecuencia, la definición funcional, las actividades, productos y cobertura de los servicios de salud que abarca la cuenta deben ser precisados para superar, tanto como sea posible, las áreas grises en este ámbito. Asimismo, se han mencionado las dificultades para precisar las fronteras de la producción lo que se explicita también en el manual de cuentas satélites de salud de la OPS. Tal definición puede ser particularmente sensible, por ejemplo, en los cuidados de salud en los hogares en

⁴¹ De manera excepcional podrían haber otras actividades que podrían conformar la función salud o de una subcuenta de salud como, por ejemplo, la promoción de la salud que es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Las actividades características de la promoción de la salud incluyen la alfabetización para la salud, la política pública saludable y la acción comunitaria para la salud. (ver WHO. Glosario de promoción de la salud. 1998.).

períodos pre y post embarazo como en la colaboración de terceros a la atención de infantes en período de lactancia, si se compilase, por ejemplo, una “subcuenta de la salud reproductiva”.

DIAGRAMA 3
LA LÓGICA DESCRIPTIVA EN SALUD



Fuente: A partir de Kutzin 2008.

Asimismo, de acuerdo a la definición funcional será necesario concordar un listado único de productos característicos y productos conexos tal como se realiza en la clasificación de productos del manual de las cuentas satélite de la salud, según la clasificación de productos.

Finalmente, deberá rediseñarse una secuencia de cuentas que incorpore las recomendaciones del SCN 2008 con respecto a los avances que debe realizar el SCS para convertirse en una cuenta satélite, con las ventajas que eso supone en términos de clasificaciones, conceptos y reglas contables, sin perder de vista que ese sistema debe ser fundamentalmente útil y utilizado por quienes formulan y adoptan decisiones de políticas públicas en el sector de la salud.

En ese sentido, la comprensión de las metodologías existentes es fundamental para establecer los correspondientes “puentes” y avanzar hacia la generación de un único estándar que recoja las mejores características y elementos de ambos esquemas analizados en este documento. Eso podrá significar obviamente una mayor adaptabilidad internacional del esquema y mejorar la comparabilidad internacional, evitando duplicidad de esfuerzos, desperdicio de recursos y, sobre todo, la utilización analítica y política de los resultados.

Más allá de las diferencias entre los esquemas que han sido analizados (véase también Dorin y Gordillo 2011) un aspecto crucial del problema es no perder de vista lo que se desea medir y, sobre todo, para qué medir.

Bibliografía

- Banco Interamericano de Desarrollo y Organización Panamericana de la Salud (BID-OPS), Sistemas de cuentas de Salud. Washington, BID, 2002.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe. CELADE, 2010.
- Desauty M., Les comptes satellites. Orléans, France, 1998.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Comptes de la santé En <http://www.drees.sante.gouv.fr/>.
- Dorin F., Avance de la Cuenta Satélite de Servicios de Salud en la Región de las Américas. Cepal-OPS *serie Manuales* N°75. 2011. En [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/AvancesCuentasSatelite% 20_Span_final.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/AvancesCuentasSatelite%20_Span_final.pdf).
- Dorin F. y A. Gordillo, Comparación del Sistema de cuentas Nacionales 1993 y el Sistema de cuentas de salud [2002]. Cepal-OPS. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos, 2011.
- Fenina Annie, Marie-Anne Le Garrec, Malik Koubi, Les comptes nationaux de la santé en 2010. Etudes et Résultats n°773, Drees, septiembre de 2011.
- Fenina A., Cinquante-cinq années de dépenses de santé: Une réropolation de 1950 à 2005. Etudes et resultants N° 572, mayo de 2007.
- Fondo Monetario Internacional, Manual de las Finanzas Públicas. FMI, 2001.
- García J. L. y E. Bandrés, La sanidad como sector de actividad económica. España, 2002.
- INEC-Minsal, Cuentas satélites de los servicios de salud del Ecuador 2005-2008. Quito. 2012. Además, una versión de las cuentas de 2002-2005 puede encontrarse en: http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/csss_2006_2008.pdf.
- Institute of Medicine of the National Academie. Educating the Student Body Taking Physical Activity and Physical Education to School. USA, mayo de 2013.
- Kutzin Joseph, Health financing policy: a guide for decision-makers. WHO, Geneve, 2008.
- Libreros, Marie Monique, "Cuenta Satélite de los seguros sociales en salud de Colombia" Proyecto ATN/FC-7895-CO financiado por el BID. DANE – Bogotá – Colombia. Resultados para 2000 (mimeo).
- Marconi S., Cuentas de la salud: una aproximación cuantitativa. En Economía y salud: aportes y experiencias en América Latina. OPS-Chile. 2011. En <http://new.paho.org/chi/images/PDFs/aportesy experiencias enamericalatina.pdf>.
- Marconi, S., Oleas, J, Lardé, J., Aspectos metodológicos para el tratamiento estadístico de la infraestructura en América Latina y el Caribe, CEPAL (en imprenta).
- Minsal, Cuentas Satélites de salud 2003-2007. Minsal-Chile, 2010.

- Naciones Unidas, Clasificación de gastos por finalidades. Informes Estadísticos Serie M No 84. Nueva York, 2000.
- OCDE, Eurostat, WHO, A System of Health Accounts 2011. En <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8111141e.pdf?expires=1330540346&id=id&accname=ocid195767&checksum=32AFE1753D85668616A330E47F8F49C4>
- Organización Mundial de la Salud, Glosario de promoción de la salud. Ginebra, 1998.
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, Plan estratégico 2014-2019. 52º Consejo Directivo 65ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre de 2013.
- Organización Panamericana de la Salud, Magda Ascues, Markela Castro S. y Carmen Reyes, con la colaboración de la Dra. Amparo Gordillo, “Manual de Cuentas Satélites de Salud (CSS) Propuesta, versión 1. Serie HO”, Washington DC, 2005.
- Ravindra P. y P. Berman, Cuentas Nacionales de Salud en Países en Desarrollo: Mejorando los Fundamentos. Harvard School of Public Health. Estados Unidos, 1995.
- Sistema de Cuentas Nacionales, Versión 2008 en <http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/publicaciones/sinsigla/xml/2/41572/P41572.xml&xsl=/deype/tpl/p10f.xsl&base=/deype/tpl/top-bottom.xsl>.
- Sistema de Cuentas de Salud 2002. En www.who.in/nha/sha_revision/SistemasCuentasSaludnocrops.pdf
- Urriola R., Cuentas de Salud de Chile. Documento de Trabajo. Fonasa, 2005.
- Van Tongeren Jan W., Universidad de Tillburg. “Revisión de las cuentas de salud de la OCDE en relación con el Sistema de Cuentas Nacionales”, preparado para la OPS. Países Bajos, 2007.
- WHO-WB-USAID, Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries. WHO, Ginebra, 2003.

Anexos

Anexo 1

Antecedentes sobre la construcción y armonización de cuentas de salud en América Latina

Desde mediados de la década de los noventa, varios países de la región han venido compilando cuentas de salud. Se trata de esfuerzos dispersos, algunos apoyados en el *Manual de Cuenta Satélite de Salud, versión 1*⁴² de la OPS, y otros en el *System of Health Accounts (SCS)* de la OECD, EUROSTAT y OMS) o en las *Cuentas Nacionales de la Salud* de la Universidad de Harvard.

Además, se han desarrollado algunos talleres regionales, organizados por la OPS y la CEPAL⁴³ con el objeto de discutir los avances y los problemas que tiene la implementación de la Cuenta Satélite de los Servicios de Salud (CSSS). Asimismo, siete países de la región han venido desarrollando estudios con diferentes grados de avance. Esos países son Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú. Brasil divulgó en el año 2007 datos de las cuentas económicas integradas de la salud para los años 2000-2005, incluyendo cuadros de oferta y utilización (COU), cuentas de producción y de generación del ingreso. Chile, en el año 2009, divulgó la primera etapa de la Cuenta Satélite de Salud para el período comprendido entre los años 2003 y 2007, incluyendo información para el gobierno general (función salud) y para el subsistema de las denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

Colombia ha realizado estimaciones de la “Cuenta Intermedia de la Salud” del año 2000. El concepto de “cuentas intermedias” se ubica en un punto intermedio entre el *SCN 93* y el sistema de cuentas de la salud que utilizan los principales agentes del sector, y facilitan “la transición entre una información básica en términos de la contabilidad empresarial y los cuadros conceptuales estrictos de las Cuentas Nacionales”⁴⁴.

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud del Ecuador publicaron las Cuentas Satélite de los Servicios de Salud de Ecuador 2005 -2008⁴⁵. Esta publicación se basa en el *Manual de la CSS, versión 1* de la OPS. México ha realizado estimaciones de la CSSS presentadas en “Cuenta Satélite del Sector Salud de México 1998-2002”, por parte de la Dirección de Cuentas Satélite dependiente de la Dirección General de Contabilidad Nacional y Estadísticas Económicas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Perú realizó un estudio de la CSSS que comprende el período 1995-2000, tomando como año base a 1995. El programa fue financiado por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y fue divulgado por Partnerships for Health Reform (Colaboración para la Reforma de la Salud), en colaboración con la Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe.

Costa Rica se encuentra en la primera etapa de elaboración de la CSS, que consiste en la estimación de las cuentas de la producción y de las cuentas de generación del ingreso de las entidades públicas y privadas de la salud. Se ha comenzado a trabajar con los datos de la Caja del Seguro Social, la entidad más importante del sistema que aporta más del 70% del valor de la producción de la salud del país.

Este recuento parece válido en tanto la preocupación por establecer alguna cuenta específica o subcuenta para utilizar el concepto de OMS no podrá sino avanzar con alguna coherencia (teórica, conceptual y metodológica) entre este ámbito y los anteriores, es decir, entre las cuentas nacionales, las

⁴² Organización Panamericana de la Salud, Magda Ascues, Markela Castro S. y Carmen Reyes, con la colaboración de la Dra. Amparo Gordillo, “Manual de Cuentas Satélites de Salud (CSS) Propuesta, versión 1. Serie HO”, Washington DC, 2005.

⁴³ “Primer Taller de Cuentas Satélites de la Salud en las Américas” realizado en Río de Janeiro (Brasil) en el mes de mayo de 2005; “Taller sobre Armonización de Cuentas de Salud y Protección Social – Sistema de Cuentas Nacionales. Países del MERCOSUR: Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay y con la participación de Chile” realizado en Montevideo (Uruguay) en el mes de noviembre de 2005 y “Segundo Taller de Cuentas Satélites de Salud en la Región de la Américas: Avances y Uso de Indicadores en el Diseño y Evaluación de Políticas Públicas de Salud” realizado en Santo Domingo (República Dominicana) en el mes de julio de 2007.

⁴⁴ Liberos, Marie Monique. “Cuenta Satélite de los seguros sociales en salud de Colombia” Proyecto ATN/FC-7895-CO financiado por el BID. DANE – Bogotá – Colombia. Resultados para 2000 (mimeo), pág. 41.

⁴⁵ INEC-Minsal. Cuentas satélites de los servicios de salud del Ecuador 2005-2008. Quito. 2012. Además, una versión de las cuentas de 2002-2005 puede encontrarse en: http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/csss_2006_2008.pdf

cuentas satélites y las eventuales cuentas o estadísticas del subsector que se trate, por ejemplo en el ámbito de la salud: cuentas de Salud reproductiva; materno infantiles; VIH-Sida, etc. Es necesario, en todo caso, reconocer que algunos esfuerzos específicos no tendrán el carácter de cuentas pero es útil que se mantenga una coherencia conceptual con los esquemas generales.

Costa Rica dispone de subcuentas de VIH/Sida con énfasis en aspectos de género para 2006. Este esfuerzo está vinculado a las políticas gubernamentales para grupos vulnerables y ha sido utilizado tanto por las autoridades nacionales como por las ONG especializadas en la atención de este problema. Asimismo, ha permitido una mejor visibilización del VIH/Sida en la población.

CUADRO A.1
ESTADO DE AVANCE EN LAS CSS EN LOS PAISES DE AMERICA LATINA

Cuadro número	Concepto	Brasil	Ecuador	México	Perú	Chile ^a	Colombia	Costa Rica
2.1	Cuadro de oferta y utilización satélite	Sí	Sí, parcial	Sí, parcial	Sí, parcial	No	No	No
2.2	Componentes de usos / gasto nacional en salud	Sí	Sí, parcial	Sí, parcial	Sí, parcial	Sí, parcial	No	No
2.3	Consumo de bienes y servicios específicos	No	Sí	No	Sí	No	No	No
2.4	Gasto nacional por componentes y usuarios / beneficiarios	Sí	Sí, parcial	Sí, parcial	Sí, parcial	Sí, parcial	No	No
2.5	Gasto nacional en salud por componentes y unidades de financiación	No	No	Sí, parcial	Sí	Sí, parcial	No	No

Fuente: Elaboración propia.

a Únicamente sector Gobierno General e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES, Sociedades Financieras).

Anexo 2

Clasificación de las entidades de la seguridad y asistencia social: el caso de Colombia

1. Entidades Promotoras de Salud-Contributivas (EPS-C)

El gobierno externaliza, subcontrata, el servicio de administración del servicio de seguridad social en las EPS-C, de modo que el régimen es impuesto y controlado por el gobierno pero administrado por sociedades financieras. Asimismo, en caso de un hipotético déficit financiero es el gobierno el que pone la diferencia y no las EPS-C (vía reaseguros)⁴⁶.

El plan de salud que venden es un plan controlado por el gobierno. El precio del plan se fija de acuerdo a los riesgos de la población afiliada en su conjunto (edad, género y perfil epidemiológico) y no de cada afiliado individual.

Registro:

Hogares pagan contribuciones sociales al gobierno. Gobierno compra servicio de EPS-C. El uso económico de la producción de las EPS-C es gasto de consumo individual de gobierno (forma parte del consumo efectivo de los hogares). Esto es distinto al registro del DANE que lo considera gasto de consumo final de los hogares.

Clasificación como sector institucional: sociedades financieras (en cuanto a la producción de las EPS-C) y gobierno general (en cuanto a los flujos financieros y stocks administrados de activos y pasivos).

Clasificación como industria:

Podría clasificarse como:

8430. Actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria⁴⁷ o como

6629. Otras actividades auxiliares de las actividades de seguros y fondos de pensiones⁴⁸ o como

6630. Actividades de gestión de fondos⁴⁹.

En el caso de considerarse como 8430 sería atípico ya que sería seguridad social suministrada por una empresa financiera con fines de lucro. No se considera como industria de seguros (6629) porque no hay riesgos individuales sino colectivos. Se considera entonces que la clasificación correspondiente a las EPS-C es la 6630. Actividades de gestión de fondos y que la producción se debería calcular de acuerdo a la comisión que las EPS-C le cobran al gobierno por administrar la seguridad social.

Clasificación como cobertura: seguridad social.

2. EPS-S

Las EPS-Subsidiadas son parte de la asistencia social. No se requiere participación mediante el pago de una contribución social. También está externalizada la administración vía EPS-S.

Nuevamente el Gobierno compra el servicio de EPS-S. El uso económico de la producción de las EPS-S es gasto de consumo individual del gobierno (forma parte del consumo efectivo de los hogares). Registro distinto al DANE que lo considera gasto de consumo final de los hogares.

⁴⁶ Esto cubriría el tercer aspecto que caracteriza a la seguridad social del gobierno: el gobierno "financia" el sistema (los otros dos aspectos son que el gobierno impone y controla dicho sistema).

⁴⁷ Esta clase comprende las siguientes actividades: • financiación y administración de los programas de servicios públicos de seguridad social: seguros de enfermedad, contra accidentes laborales y de desempleo, pensiones de jubilación, programas que cubren la pérdida de ingresos en casos de maternidad, incapacidad temporal, viudedad, etc.

⁴⁸ Esta clase comprende las siguientes actividades: actividades estrechamente relacionadas con seguros y fondos de pensiones (excepto el ajuste de reclamaciones y las actividades de agentes de seguros): administración de salvamentos y servicios actuariales.

⁴⁹ Esta clase comprende las actividades de personas, empresas y otras entidades que gestionan carteras y fondos a cambio de una retribución o por contrata.

Clasificación como sector institucional: sociedades financieras (en cuanto a la producción de las EPS-S) y gobierno general (en cuanto a los flujos financieros y stocks administrados de activos y pasivos)

Clasificación como industria:

6629. Otras actividades auxiliares de las actividades de seguros y fondos de pensiones⁵⁰ o como

6630. Actividades de gestión de fondos⁵¹

Se considera que la clasificación adecuada es la 6630

Clasificación como cobertura: asistencia social.

⁵⁰ Esta clase comprende las siguientes actividades: actividades estrechamente relacionadas con seguros y fondos de pensiones (excepto el ajuste de reclamaciones y las actividades de agentes de seguros): administración de salvamentos y servicios actuariales.

⁵¹ Esta clase comprende las actividades de personas, empresas y otras entidades que gestionan carteras y fondos a cambio de una retribución o por contrata.



NACIONES UNIDAS

CEPAL

Serie

Estudios Estadísticos

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

88. Cuentas satélite y cuentas de salud: un análisis comparativo, Federico Dorin, Salvador Marconi y Rafael Urriola (LC/L.3865), julio de 2014.
87. Sensibilidad de los índices de pobreza a los cambios en el ingreso y la desigualdad: lecciones para el diseño de políticas en América Latina, 1997-2008, Fernando Medina y Marco Galván, (LC/L.3823) mayo de 2014.
86. Una propuesta regional de estrategia de implementación del Sistema de Cuentas Ambientales Económicas (SCAE) 2012 en América Latina (LC/L.3786), diciembre de 2013.
85. América Latina y el Caribe: estimación de las series del PIB y del consumo de los hogares en PPA. Un ejercicio preliminar para el período 2000-2011 (LC/L.3781), Hernán Epstein y Salvador Marconi, enero de 2014.
84. El Sistema de Cuentas Ambientales y Económicas (SCAE) 2012: fundamentos conceptuales para su implementación (LC/L.3752), noviembre de 2013.
83. Consumo efectivo de los hogares en salud: resultado de estudios piloto en seis países de América Latina, David Debrott Sánchez (en prensa).
82. Crecimiento económico, pobreza y distribución del ingreso: fundamentos teóricos y evidencia empírica para América Latina 1997-207 (LC/L.3689), Fernando Medina, Marco Galván, marzo de 2014.
81. Tipologías de discrepancias y medidas de conciliación estadísticas de los indicadores ODM: marco general y aplicación en áreas temáticas e indicadores seleccionados (LC/L.3686), Daniel Taccari, Pauline Stockins, agosto de 2013.
80. Buenas prácticas en el monitoreo y reporte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Lecciones nacionales desde América Latina (LC/L.3564), Pauline Stockins, diciembre de 2012.
79. La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: Una revisión, Pablo Villatoro, LC/L.3515, julio de 2012.
78. La viabilidad de erradicar la pobreza: Un examen conceptual y metodológico (LC/L.3463), marzo de 2012.
77. Elementos para una metodología de medición del sector informal en las cuentas nacionales, Documento de Trabajo, (LC/L.3462), marzo de 2012.
76. Contribución al crecimiento económico de las tecnologías de la información y las comunicaciones y de la productividad en la Argentina, el Brasil, Chile y México (LC/L.3439), Claudio Aravena, Carolina Cavada y Nanno Mulder, enero de 2012.
75. Servicios de Intermediación Financiera Medidos Indirectamente en el SCN 2008, Grupo de trabajo en Cuentas Nacionales, (LC/L.3398), octubre de 2011.
74. Propuesta de indicadores complementarios para el monitoreo de los ODM: Indicadores de acceso a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (LC/L.3371), Mariana Balboni, César Cristancho, Pauline Stockins y Daniel Taccari, septiembre de 2011.
73. Escalas de equivalencia en los países de América Latina (LC/L.3325-P), Haydee Alonzo, Xavier Mancero, abril de 2011.

ESTUDIOS ESTADÍSTICOS ESTADÍSTICOS

88

ESTUDIOS ESTADÍSTICOS ESTADÍSTICOS

ESTUDIOS ESTADÍSTICOS

Series

C E P A L

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org