

1. PRINCIPIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CUENTAS EN SALUD

Introducción

- 1.1 En este momento, las Cuentas Nacionales de Salud están en diferentes etapas de desarrollo y pueden diferir no solamente en los límites de la definición entre salud y otras actividades sociales y económicas, sino también en las clasificaciones utilizadas, el nivel de detalle proporcionado y en las reglas para las cuentas. El *Sistema de Cuentas de Salud (SCS)* proporciona una estructura de un conjunto de tablas interrelacionadas para el informe estandarizado que permita el reporte del gasto en salud y su financiamiento. El SCS fue desarrollado con un doble propósito, de proveer una estructura para la recolección de datos internacionales y como un posible modelo para el rediseño y complemento del Sistema Nacional de Cuentas de Salud para apoyar a los decisores en el campo de la salud.
- 1.2 Como un sistema de cuentas, este conjunto de tablas está basado en conceptos, definiciones, clasificaciones y reglas de contabilidad comunes como pre-requisitos necesarios para la comparabilidad en el tiempo y entre países. En el diseño del SCS, se ha hecho un intento por proveer un modelo para un reporte uniforme de los países que tienen modelos diferentes de organización de sus sistemas nacionales de salud. Por lo tanto, el SCS contiene elementos relevantes para países de diferentes niveles de ingreso.
- 1.3 La demanda por cuentas en salud mejoradas es impulsada por una complejidad creciente de los sistemas de salud en muchos países y la evolución rápida de la tecnología médica. Las autoridades y analistas de los sistemas de salud y de las recientes reformas han cuestionado la suficiencia de las prácticas actuales de contabilidad y la capacidad de las cuentas de salud existentes para monitorear rápidamente cambios de los sistemas de salud que cada día se vuelven más complejos. Las expectativas crecientes del consumidor de servicios de salud contribuyen a la demanda por información actualizada sobre los sistemas de salud.

La propuesta de una Clasificación Internacional de Cuentas en Salud Tridimensional (CICS)

- 1.4 Las Cuentas Nacionales en Salud usualmente toman la forma de tablas de dos dimensiones que clasifican cruzadamente el gasto por proveedor / programa de salud y por fuente de financiamiento. Mezclas específicas para un país con criterios institucionales y funcionales son comúnmente utilizados para clasificar a los proveedores de salud. Los contenidos que resultan (tales como “hospital general”, “clínica de maternidad” y “médico familiar”) tienen definiciones distintas en los diferentes países y resultan en delimitaciones generales del gasto en salud que difieren entre países y que cambian en el tiempo.
- 1.5 Con dos décadas de experiencia en hacer comparaciones internacionales y en el análisis de la política de salud en el ámbito nacional, se observa que es esencial la separación entre los aspectos institucionales y funcionales de los servicios de salud en dos dimensiones separadas de reporte, lo cual es importante en las Cuentas de Salud para comparaciones internacionales. Esta separación es también una herramienta indispensable para mejorar las comparaciones en el tiempo dentro de las Cuentas Nacionales de Salud. Este principio, que hasta hace poco se introduce en las cuentas de salud, ha sido observado y aplicado en otras recolecciones de datos para campos funcionalmente definidos de interés específico para la política pública, tales como educación, investigación y desarrollo, y la protección social en general.
- 1.6 La provisión de servicios de salud y su financiamiento es un proceso complejo y multidimensional. El conjunto de tablas esenciales en el *Sistema de Cuentas de Salud (SCS)* responde a tres preguntas básicas:
- ¿De dónde provienen el dinero? (Fuentes de financiamiento)
 - ¿Adónde va el dinero? (Proveedores de servicios y bienes de salud)
 - ¿Qué tipo (definidos funcionalmente) de servicios se ofertan y qué tipos de bienes son comprados?
- 1.7 Por lo tanto, el SCS está organizado en un sistema tri-axial para el registro del gasto en salud, por medio de una *Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud (CICS)* recientemente propuesto, que define:
- **Atención a la salud por función (CICS-AS)**
 - **Industrias proveedoras de servicios de atención a la salud (CICS-PAS)**
 - Fuentes de **financiamiento** en salud (CICS-FFAS)
- 1.8 Estas Clasificaciones propuestas proporcionan los vínculos básicos con datos no-monetarios tales como empleo y otras estadísticas de recursos. Las clasificaciones nacionales e internacionales existentes sirvieron como punto de partida para las clasificaciones propuestas. La CICS de las industrias de atención a la salud; por ejemplo, presentan un refinamiento de la *Clasificación Estándar Internacional de la Industria (CEII, 3ª Revisión, Naciones Unidas, 1990)*. Clasificaciones recientemente diseñadas o revisadas tales como la *Clasificación Central de Productos, 1ª Versión (Naciones Unidas, 1998 a)* y la revisión de 1998 del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN-NU) 93 , tienen referencia en este manual para asistir a estadísticos quienes están cambiando sus sistemas

nacionales a estas clasificaciones revisadas, para establecer los vínculos con la CICS utilizada en este manual. La selección de categorías en las tres dimensiones de la CICS fue definida por su relevancia para las políticas de salud y dimensiones de la reforma, particularmente para el monitoreo de cambios estructurales, tales como cambios de la atención hospitalaria hacia la atención ambulatoria y el surgimiento y ampliación de proveedores multi-funcionales en los sistemas nacionales de salud.

Avances recientes en cuentas de salud y en los sistemas de información en salud.

- 1.9 Durante los años 90, un número creciente de países reconsideraron sus sistemas de cuentas. Buscando estrategias para mejorar la relevancia de las políticas, la globalidad y la consistencia interna de las cuentas en salud y de los sistemas de información en salud en general. Una visión más amplia sobre salud pública ha contribuido en varios países a la decisión de rediseñar los sistemas existentes de estadísticas de servicios de salud y promover su evolución hacia sistemas de información más completos en los que se integran datos sobre factores condicionantes socio-económicos (económicos, sociales, ambiente físico) con datos sobre gasto y financiamiento de servicios de salud, al igual que indicadores no-monetarios sobre uso de recursos y mediciones de resultados.
- 1.10 Este manual ha sido preparado con la visión de que estén disponibles instrumentos estadísticos más poderosos de lo que se tenía en el pasado y que están funcionando o están por instalarse en muchos países. Se espera que la disponibilidad de grandes bases de datos vinculados con micro y meso-datos cubrirán muchas de las facetas de servicios de salud en forma más completa – revolucionando la tarea de cuentas de salud sobre la base de un nivel nacional y a la vez, proporcionando información apta para su mapeo y para sus estructuras internacionales comparables de la SCS.

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD

- 1.11 En resumen, los objetivos principales del *Sistema de Cuentas de Salud* de la OCED son :
- Proveer un set de cuentas de salud comparables en forma de tablas estándares;
 - Definir internacionalmente límites definicionales para estandarizar la atención a la salud y las categorías básicas de la misma;
 - Distinguir las funciones esenciales de los servicios de salud de las funciones relacionadas con la salud para enfatizar los aspectos intersectoriales de la salud como una preocupación común para las políticas sociales y económicas en varios campos;

- Presentar tablas para el análisis de flujos del financiamiento en los servicios de salud junto con una clasificación de los programas de seguros y otras modalidades de financiamiento;
- Proporcionar una estructura de los principales agregados que son relevantes para proveer direccionalidad a la investigación comparativa en la meso y micro estructura de los servicios de salud . P
- Proponer un marco para informar consistentemente sobre servicios de salud en el tiempo.
- Monitorear las consecuencias económicas de las reformas y políticas de salud;
- Proporcionar un marco para el análisis de los sistemas de servicios de salud desde un punto de vista económico, consistentes con las reglas nacionales de las Cuentas Nacionales.
- Presentar un modelo económico de oferta y uso de servicios de salud – como una herramienta para demostrar los vínculos conceptuales entre el **Sistema de Cuentas de Salud** y las cuentas satélites en salud.

ANTECEDENTES

- 1.12 El SCS utiliza la experiencia y las lecciones aprendidas en las CNS y los sistemas de información en salud en los países OCED. Una lista no exhaustiva incluye: Comité Australiano de Datos en Salud, 1998; el Instituto Canadiense para Información en Salud, 1996; y Wolfson, M.C., 1991, 1994; la Institución de Seguro Social de Finlandia, 1997; SESI, 1990, para Francia; Bruckner, 1996, 1998 y Sarrazin, 1999, para el Sistema Alemán de Información en Salud; Lindsay/Newhouse, 1986; Lazenby *et al*, 1992; Levit *et al*, para Cuentas en Salud de los Estados Unidos; FUNSALUD, México, 1996, para Cuentas de Salud en México. Avances en las comparaciones internacionales de estimados del gasto en salud que han influenciado este manual están documentados en Waldo, 1996; van Mosseveld y van Son, 1999; la Inspección General de Seguridad Social, IGSS, 1998; y Schneider *et al*, 1995, 1998.
- 1.13 Las Cuentas de Salud de la OCED sirvieron como sistema de referencia y con el tiempo, han llegado a ser un cuasi-estándar informal para el reporte uniforme de los sistemas de atención a la salud (OCED 1977; OCED 1985; OCED 1987; OCED 1993; OCED 1999). Con el pasar del tiempo, la armonización de conceptos y definiciones que fue de mano en mano con la recolección anual de datos por el Secretariado de Salud de la OCED y de estadísticas de salud de la OCED.
- 1.14 En Mayo del 1996, la OCED convocó a una *Reunión Ad Hoc de Expertos en Estadística en Salud* a la que asistieron delegados de la mayoría de los países miembros, al igual que expertos de los Estados Europeos y de las regiones

Europeas y Panamericanas de la Organización Mundial de la Salud. Se les pidió a los delegados que aportaran sugerencias de como mejorar el contenido, metodología y procedimientos para la recolección anual por la OCED de datos en salud. El desarrollo de estándares internacionales para datos sobre el gasto en servicios en salud y su financiamiento, fue señalado como una área prioritaria para el trabajo futuro de la OCED. Un primer borrador de este manual fue discutido en la *Segunda Reunión Ad Hoc de Expertos en Estadísticas en Salud*, París, 3-5 de Diciembre de 1997.

- 1.15 Un segundo borrador del **Sistema de Cuentas de Salud** fue presentado en la *Reunión de Expertos de Cuentas Nacionales de OCED*, 22-25 de Septiembre de 1998 y a la *Reunión de Trabajo sobre Política Social*, 19-22 de Octubre de 1998, que recomendó la publicación de este manual y el uso en implementaciones pilotos. Las discusiones durante estas reuniones se enfocaron en la estructura metodológica del SCS y en el diseño de la *Clasificación Internacional de Cuentas de Salud* propuesta. El mismo borrador fue discutido en un *Taller de Expertos en Cuentas de Salud*, auspiciado por el Departamento de Salud de Irlanda en Dublín, de 30 de Septiembre al 2 de Octubre. Cuestiones de la implementación piloto y el estado actual de Cuentas Nacionales de Salud estuvieron en la agenda de una reunión conjunta OCED/OECE *Sobre Cuentas en Salud*, sostenida en Luxemburgo el 11-12 de Mayo de 1999.
- 1.16 Participantes en estas reuniones discutieron el borrador del **Sistema de Cuentas de Salud**, proporcionaron comentarios sobre un gran número de aspectos del manual y dieron consejos sobre pasos futuros para la implementación. Los resultados de la redacción final del manual durante 1999 han sido clarificados en las Clasificaciones propuestas, un Capítulo 6 completamente mejorado sobre fuentes y flujos de financiamiento, y un nuevo Capítulo 8 sobre la relación entre el SCS y las cuentas satélites en salud. Varios de los capítulos del manual fueron acortados para mejorar su lectura.

VISIÓN AL FUTURO: IMPLEMENTACIÓN PILOTO Y DESARROLLO ADICIONAL DEL MANUAL

- 1.17 Tal como con cualquier manual publicado con la "Versión 1.0", el **Sistema de Cuentas de Salud** debe considerarse como un trabajo en proceso. En particular, las Clasificaciones funcionales propuestas tendrán que ser más desarrolladas utilizando un proceso interactivo, en paralelo con la implementación piloto a nivel nacional. Solicitudes para mayor detalle podrían surgir muy pronto, al igual que ideas adicionales sobre como vincular datos macro y micro, tales como estadísticas de procedimientos y medición de logros, aspectos no cubiertos en la versión actual del manual. Por lo tanto, en los años que vienen, la Versión 1.0 del manual será revisada a la luz de las discusiones realizadas con ministerios de salud y agencias estadísticas de los países OCED, al igual que otras organizaciones internacionales y regionales que trabajan en el campo de las estadística en salud.

- 1.18 Lineamientos más detallados para estimaciones se esperan como un producto importante de las implementaciones piloto. Los lineamientos para estimaciones darán más detalle sobre los aspectos prácticos de la implementación del SCS y ayuda adicional sobre la práctica común de informar de acuerdo a las categorías del CICS. Implementaciones piloto tendrán el propósito tanto de reportar indicadores económicos medulares sobre sistemas de salud para comparación internacional, (para transformar datos nacionales en tablas estándar propuestas por la OCED) y para países que deciden usar el SCS como modelo para mejorar su sistema nacional de información.
- 1.19 Durante las discusiones metodológicas del SCS, varios países expresaron su interés en tomar un rol activo en los desarrollos subsecuentes del manual y de entrar un proceso interactivo de implementación piloto con el Secretariado de la OCED. El fin principal de las implementaciones piloto será el desarrollar un conjunto de tablas borrador estándar básicas para una muestra de países OCED. El proceso de implementación piloto se enfocará en las siguientes tareas:
- Armonización adicional de los límites generales definicionales y los agregados principales de los estimados del gasto en salud en diferentes países para mejorar la comparabilidad internacional de los agregados principales, en particular en la re-investigación de las fronteras definicionales entre salud y otros servicios sociales (Ej. Para personas de tercera edad y personas con discapacidades);
 - Revisita de las fuentes y los métodos de estimación para el gasto privado en salud, que han sido identificados como la mayor fuente en el margen de error en las comparaciones internacionales;
 - Un desglose completo de gastos en salud por fuentes de financiamiento, de acuerdo con las Clasificaciones de financiamiento del CICS;
 - Tablas de dos dimensiones del gasto en salud por función de la atención a la salud y categoría de proveedor;
 - Tablas de dos dimensiones del gasto en salud por fuente de financiamiento y categoría de proveedor.
- 1.20 Agencias estadísticas nacionales y otros usuarios del manual pueden contactar el Hotline del SCS en sha.contact@oecd.org para hacer preguntas y comentarios. El siguiente sitio de Web del OCED es dedicado a discusiones adicionales de cuentas de salud y para el intercambio de experiencias prácticas obtenida durante la implementación del SCS: <http://www.oecd.org/els/health/sha.htm>
- 1.21 Esta pagina de Internet proporciona acceso a material adicional útil que acompaña este manual como sugerencias y lineamientos para la implementación; una fe de erratas para este Manual de SCS; información sobre resultados de implementaciones piloto; convocatorias de reuniones, formatos de tablas estándar en blanco en formato Excel etc. Adicionalmente, esta página provee acceso a un boletín/ cartelera para discusión entre usuarios del manual y para comunicación con el Secretariado de la OCED. Todos los usuarios de este manual están invitados a jugar un rol activo en el futuro desarrollo del manual y para contactar las fuentes de información antes mencionadas.

LA ORGANIZACIÓN DEL MANUAL: UNA GUÍA PARA EL LECTOR

- 1.22 Del Capítulo 1 al Capítulo 8 se presenta el marco conceptual y la definición básica del SCS. Del Capítulo 9 hasta el Capítulo 11 se presentan los detalles de las Clasificaciones propuestas y tratan el problema de los límites entre la Atención a la Salud y la estructura de las tres dimensiones propuestas por la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (CICS). El Capítulo 1 da una visión global de los propósitos y los alcances del SCS. El lector con prisa puede saltar el resto del capítulo 1 y proceder directamente al conjunto de tablas estándares propuestas en el capítulo 2.
- 1.23 El Capítulo 3 presenta las definiciones básicas de los límites funcionalmente definidos de los sistemas de atención a la salud y bosqueja las principales funciones de salud y de aquellas relacionadas con la salud. Funciones de producción y provisión de servicios de atención y bienes médicos, y administración, se distinguen de las funciones relacionadas con la salud, tales como: formación de capital en la industria de atención a la salud, educación y entrenamiento de personal de salud, investigación y desarrollo en salud, y salud ambiental.
- 1.24 La visión institucional de los sistemas de salud es el tema del Capítulo 4. El Capítulo 5 presenta los diferentes aspectos de la medición del gasto en salud con un enfoque sobre las reglas de las cuentas y definiciones de totales nacionales que adicionalmente proporcionan el vínculo conceptual a los agregados económicos nacionales.
- 1.25 El Capítulo 6 discute los conceptos básicos para calcular la mezcla pública-privada en el financiamiento de atención a la salud. Este capítulo demuestra como un conjunto de cuentas financieras puede servir para trazar los flujos de financiamiento desde el gasto final en salud hasta la fuente original de los fondos. El Capítulo 7 comenta sobre el rol de las mediciones de precio y volumen en la atención a la salud y vincula la estructura del SCS a la discusión internacional actual sobre mejoramiento en la medición de precios en esta industria importante de servicios. Las diferencias prácticas y metodológicas, al igual que similitudes entre el **Sistema de Cuentas de Salud** y las recomendaciones para el análisis de las cuentas satélite de salud, están cubiertas en el Capítulo 8.
- 1.26 El Capítulo 9 define las dimensiones funcionales de la **CICS-AS** de la *Clasificación Internacional para Cuentas en Salud* propuesta en este Manual y proporciona notas explicatorias detalladas para las categorías individuales. La Clasificación institucional de la **CICS-PAS** es presentada en el Capítulo 10. La Clasificación de fuentes de financiamiento **CICS- FFAS** es presentada en el Capítulo 11.

CRITERIOS BÁSICOS PARA EL SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD

- 1.27 El SCS comparte el objetivo del Sistema de Cuentas Nacionales de constituirse en un sistema de cuentas **integrado, comprehensivo**, internamente **consistente** e internacionalmente **comparable**, el cual debe ser compatible con otras estadísticas agregadas económicas y sociales tanto como sea posible. Estos criterios de calidad del SCS compiten con los objetivos de **oportunidad** y **precisión**, al igual que con **sensibilidad política** y **relevancia** de los indicadores proporcionados por el SCS.

Comprehensividad

- 1.28 El SCS provee una estructura de cuentas comprehensiva para el campo entero de actividades de atención a la salud. No está limitado a un aspecto específico de programas públicos y privados, como es el caso de las Cuentas Nacionales de Salud de varios países. De acuerdo al enfoque funcional, todos los programas diseñados para proveer atención a la salud o para cantidades sustanciales de mejora del estado de salud por medios médico deben ser incluidos, sea que fuera etiquetado como “atención a la salud” o no, en las estadísticas nacionales.

Consistencia

- 1.29 El uso de límites y distribuciones de datos propuesto por la CICS daría como resultado recolección de datos que son más comparables entre países y más **consistentes en el tiempo**. Los límites uniformes, por ejemplo, deberán evitar que agregados de gastos nacionales cambien repentinamente a causa de la migración de programas de salud de un Ministerio a otro, o de un nivel de gobierno a otro.
- 1.30 El mapeo de datos nacionales para las categorías de la CICS deberían hacer que la recolección de datos sea menos afectada por los cambios en las definiciones nacionales en el tiempo. Las tendencias en el tiempo resultantes deben ser capaces de monitorear cambios estructurales del pasado y servir como insumo para modelos de simulación y predicción. Los últimos son especialmente exigentes en términos de calidad y consistencia de los datos en el tiempo.
- 1.31 El SCS es **internamente consistente** por proporcionar ecuaciones y reglas de cuentas para verificar cruzadamente la validez de los estimados derivados a los largo de las diferentes dimensiones del SCS. El informe e en el SCS sobre producción, consumo y financiamiento de la atención a la salud en una manera consistente sirve como medio para identificar los vacíos y deficiencias en los sistemas actuales de reporte y en las cuentas de salud, indicando donde las prioridades deben ser establecidas para un mejoramiento continuo de la calidad de las bases estadísticas.

Comparabilidad Internacional

- 1.32 Los conceptos y clasificaciones propuestas en el Manual deberían facilitar la tarea del estadístico nacional en transformar las observaciones nacionales a datos comparables internacionalmente, en función de mejorar el nivel de comunicación entre los tomadores de decisiones sobre las políticas y los investigadores. Sin embargo, la convergencia de estadísticas internacionalmente comparables solo puede lograrse gradualmente. A pesar de las clasificaciones y lineamientos proporcionados, es necesario un gran esfuerzo en el desarrollo e implementación piloto a fin de determinar los mejores métodos para la operacionalización de los conceptos propuestos y para diseñar lineamientos detallados para encuestas y procedimientos de estimación.
- 1.33 Límites funcionales comunes de la “atención a la salud” para comparaciones internacionales son prerequisites para el cálculo de los totales nacionales de gastos en salud y sus subcomponentes. Ellos han sido identificados como indispensables para comparaciones internacionales de población basadas en estadísticas de atención a la salud y otros datos con los cuales, la meso y micro estructura de salud puedan ser analizadas. Perfiles de costos de la utilización de recursos por grupos etáreos específicos de atención a la salud es solo un ejemplo de una estadística que es sumamente sensible a límites exactos de la “atención a la salud” seleccionadas en las encuestas (OCED, 1996d).

Compatibilidad

- 1.34 Como una estructura de cuentas construida alrededor de un conjunto medular de tablas en términos monetarios, el SCS tiene que ser metodológicamente compatible con los SCN-NU. Cada rubro debe ser asignado explícitamente a la categoría de SCN-NU a la cual pertenece (consumo final, consumo intermedio, formación de capital, transferencia de beneficios, etc.). La compatibilidad metodológica con el SCN-NU es un requisito previo para el cálculo de razones de gasto significativas para la comparabilidad internacional. Reglas diferentes sobre cuentas aplicadas nacionalmente a, por ejemplo, la asignación de inversiones en establecimientos de salud en el tiempo, pueden influir significativamente en los análisis de los gastos en salud resultantes en las comparaciones internacionales.
- 1.35 La compatibilidad con el SCN-NU es, además, una manera de lograr compatibilidad con otras estadísticas económicas y sociales. Índices de precios y datos estructurales sobre el valor agregado en las industrias de atención a la salud son solo dos ejemplos.
- 1.36 Un principio general que sostiene el desarrollo de este manual ha sido el de adoptar definiciones y conceptos de sistemas estadísticos existentes, aprobados y definidos bajo los auspicios de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales y regionales (UNESCO, OMS, la Unión Europea). En áreas no cubiertas por la Clasificación NU-OCED-OECE, otros set de estándares ampliamente utilizados por sociedades y organizaciones regionales han sido probadas y modificadas mientras se considere que sea la apropiada.

Clasificaciones cruzadas entre las categorías propuestas en este manual y clasificaciones estándares internacionales están presentadas en los anexos de este volumen.

Oportunidad y Precisión

- 1.37 Cualquier set de criterios de calidad para la contabilidad entra en conflicto potencial con otras metas deseables, notablemente la **oportunidad** y **precisión** del reporte (OCED, 1993). La **precisión** está relacionada con un nivel mínimo de detalle que se cree necesario para un reporte regular. Para considerar una encuesta estadística en cuentas y recursos en salud como **oportuna**, idealmente significa que por lo menos los datos preliminares estén disponibles a más tardar 6 meses después del período que describen. Para el análisis de políticas y proyecciones de tendencias preliminares son altamente deseables. Las Cuentas Nacionales de Salud son una herramienta básica para delinear proyecciones de gastos.
- 1.38 La **oportunidad** está en conflicto con la **precisión** cuando las grandes bases de datos y una multiplicidad de encuestas tienen que ser combinadas, como es el caso típico de los estimados de gastos en salud. Los modelos de proyección ya están en uso en varios países para llenar los vacíos en los datos y para proveer estimados preliminares. Los recursos limitados implican que encuestas detalladas solo pueden ser ejecutadas con intervalos de varios años, con interpolaciones para los años entre las encuestas y extrapolaciones para los períodos más recientes.

Sensibilidad Política

- 1.39 La sensibilidad política del SCS es crucial en tiempos de cambios frecuentes de las políticas públicas en salud. En el pasado, el monitoreo de las consecuencias económicas de las reformas en salud era a menudo obstaculizado por la incapacidad de los sistemas de información existentes para distinguir los cambios en la cobertura y las modalidades de financiamiento con los cambios reales. Cambios importantes en la división del trabajo en la atención a la salud fueron subregistrados, a causa de clasificaciones desactualizadas.

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

- 1.40 Durante los últimos años, un consenso se ha dado entre expertos en cuentas de salud para la compatibilidad metodológica con las reglas de cuentas de SCN-NU-93 es un requisito previo para que las cuentas en salud cumplan con los requerimientos básicos de comparabilidad en el tiempo, entre países y con estadísticas económicas globales. Un esfuerzo coordinado en conjunto entre especialistas en estadísticas de salud con expertos en Cuentas Nacionales podría ser una forma eficiente de evitar una duplicación de esfuerzos, particularmente con respecto al diseño metodológico de la estructura de cuentas, pero también

haciendo el mejor uso de las fuentes de datos existentes para este segmento importante de las economías nacionales.

- 1.41 La Revisión en 1993 del Sistema de Cuentas Nacionales de Naciones Unidas (SCN-NU-93) hace referencia frecuentemente a los problemas estadísticos específicos de los sistemas de salud e incluye un capítulo especial sobre las cuentas satélites funcionalmente orientadas, con una estructura general para una cuenta satélite en salud. La implementación de cuentas satélites para el ambiente, agricultura, producción de los hogares y turismo en varios países ha propiciado el proceso de clarificar dudas metodológicas relacionadas a las cuentas satélites en general.
- 1.42 Durante los últimos años, varios países han reconciliado sus Cuentas Nacionales de Salud con el Sistema de Cuentas Nacionales -NU que es el punto central de referencia para estadísticas económicas y sociales globales. Existe, sin embargo, menos consenso entre expertos sobre que tan lejos debe ir la integración de cuentas de salud en el lado de la producción de las cuentas del ingreso nacional, es decir, en los cálculos de la estructura del valor agregado y/o la tabla de insumo-producto para la salud. El Capítulo 8 proporciona un resumen del traslape conceptual al igual que las diferencias entre el SCS y cuentas satélites en salud.

