

¿POR QUÉ PRODUCIR CUENTAS DE SALUD POR ENFERMEDAD?

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Región de las Américas



¿POR QUÉ PRODUCIR CUENTAS DE SALUD POR ENFERMEDAD?

Washington, D.C., 2024

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Región de las Américas

¿Por qué producir cuentas de salud por enfermedad?

OPS/HSS/HS/23-0005

© **Organización Panamericana de la Salud, 2024**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

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

Fotografías: © OPS

ÍNDICE

iv

ABREVIACIONES

1

INTRODUCCIÓN

2

¿EN QUÉ SE BASAN ESTAS ESTIMACIONES?

3

METODOLOGÍA

11

REFLEXIONES FINALES

12

REFERENCIAS



ABREVIACIONES

ATQ	anat3mica, terap3utica y qu3mica (sistema de clasificaci3n)
CIE	Clasificaci3n Internacional de Enfermedades
COVID-19	enfermedad por el coronavirus del 2019 (por su sigla en ingl3s)
SHA	sistema de cuentas de salud (por su sigla en ingl3s)
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud tienen el mandato específico de proteger y mejorar el estado de salud de la población. En concreto, la salud deficiente de una persona se presenta como una enfermedad o una combinación de enfermedades. Controlar y combatir las enfermedades es una parte esencial de las actividades de los sistemas de salud. La mayor parte de los países tienen un entendimiento y un compromiso comunes sobre el mantenimiento y la promoción del estado de salud de las personas y de los grupos poblacionales.

Los Estados Miembros han dado ejemplos de su compromiso con muchos objetivos mundiales, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS 3) y la lucha contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la COVID-19 y otros estados de salud diferentes, como el embarazo en la adolescencia y los traumatismos causados por el tránsito. Sin embargo, para promover la salud y luchar contra las enfermedades se necesitan recursos. Cualquier programación, política y planificación únicamente puede hacerse operativa cuando se dispone de recursos.

Ahora bien, ¿cuánto se necesita? ¿Es la frecuencia de una enfermedad un buen indicador de la cantidad de recursos requeridos? Una incidencia o prevalencia más significativa es más costosa que una incidencia o prevalencia más insignificante. Sin embargo, no todos los tratamientos tienen el mismo costo. Los tratamientos pueden requerir un gasto alto o bajo.

El análisis del gasto de una o varias enfermedades o estados de salud contribuye al seguimiento y la evaluación del flujo para la prestación de servicios relacionados con las necesidades y el uso de los recursos. Los profesionales deben determinar cuáles son los tratamientos o servicios para cada enfermedad y si se ajustan a los protocolos de prevención y detección temprana de casos necesarios. También puede ser necesario definir a los prestadores implicados, ya que cada tipo está vinculado a un perfil tecnológico específico. Este análisis también puede orientar el impacto del gasto en salud.

Conocer el gasto por enfermedad permite asignar mejor los recursos, tanto al nivel macro de los sistemas de salud como al nivel micro de los prestadores. El gasto por enfermedad sirve de base para tomar decisiones relacionadas con la gobernanza, como la cobertura, la regulación y el financiamiento. También permite diseñar y dar seguimiento a múltiples políticas en relación con la equidad, la eficacia y la eficiencia de los recursos utilizados. Esta información contribuye a planificar adecuadamente la asignación de recursos para mejorar el estado de salud de la población en función de los cambios demográficos, epidemiológicos y técnicos, teniendo en cuenta al mismo tiempo otras dinámicas del entorno económico, como los niveles de precios.

¿EN QUÉ SE BASAN ESTAS ESTIMACIONES?

Las bases del gasto en salud por enfermedad son el número de casos que reciben atención de salud en el período analizado y el uso de recursos relacionado. Dado que las cuentas de salud se refieren a un plazo de un año y que el tratamiento completo de un paciente puede implicar un período más largo y varios prestadores, el tratamiento completo no es el ideal para hacer este cálculo. El análisis se centra en los eventos de atención de salud vinculados a afecciones médicas que se han seguido durante un año, utilizando la información disponible periódicamente sobre la utilización de los servicios de salud.

Los protocolos de tratamiento establecidos son prácticas médicas explícitas u objetivas, visibles en los datos que no son relativos a los gastos. Este aspecto del suministro de servicios se refiere a los recursos que se resumen en valores monetarios con fines analíticos. Sin embargo, el mercado de la salud no suele funcionar como cualquier otra parte de la economía (1).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es la forma estandarizada de documentar las afecciones de salud. La clasificación de enfermedades utilizada en el sistema de cuentas de salud (SHA, por su sigla en inglés) (2) está relacionada tanto con la CIE como con la carga mundial de enfermedad. La CIE no solo guarda relación con las enfermedades, sino también con las causas de contacto con el sistema de salud. La carga mundial de enfermedad agrupa los capítulos de la CIE en cinco grupos relativos a la transición epidemiológica, que están representados en la clasificación de enfermedades del SHA.¹ Este sistema utiliza las normas de contabilización de la CIE, como el uso del diagnóstico primario de la enfermedad. El SHA también permite realizar otros análisis pertinentes (por ejemplo, sobre comorbilidades siempre que la información disponible lo permita).

Según los puntos de partida del SHA, esta distribución del gasto por enfermedad debería incluir todo el gasto, no solo el de las enfermedades seleccionadas, para ser más coherente, de manera de aplicar las mismas reglas a lo largo del espectro de enfermedades, y por motivos de integralidad.² La base de la estimación se refiere a la equivalencia de los recursos implicados en los bienes y servicios consumidos, prestados y financiados. En la mayoría de los sistemas de información no siempre se dispone de los detalles necesarios, por lo que se necesitan procedimientos de contabilización estandarizados para generar resultados sólidos. El objetivo es reflejar todos los flujos pertinentes.

1 Los cinco grupos del SHA son: enfermedades transmisibles, salud reproductiva, carencias nutricionales, enfermedades no transmisibles y traumatismos.

2 Una diferencia con el enfoque anterior de estimar una cuenta específica para una enfermedad es que el objetivo es el gasto total distribuido por todas las enfermedades pertinentes.

METODOLOGÍA

El enfoque general para una distribución de enfermedades incluye los siguientes pasos:

- Los valores consolidados del SHA son el punto de partida, lo que implica el uso de los totales de los datos sobre gastos por prestador y función.
- Se necesita información detallada por tipo de prestador y función. Normalmente se pueden incluir características por tipo de servicio prestado, cuando se disponga de ellas, por usuario (diagnóstico, edad, sexo) y financiamiento.
- Los gastos se agrupan por tipo de servicios con un uso similar de recursos, en particular, consultas, hospitalizaciones, etc.
- Los datos que no son relativos a los gastos se utilizan para desglosar los valores consolidados, en particular el uso de la atención de salud por diagnóstico y tipo de servicios. Los estudios sobre cálculo de costos también pueden ser útiles. Estos datos que no están relacionados con los gastos se transforman en “claves de distribución”, corregidas mediante ponderaciones por uso de recursos (por ejemplo, intervenciones quirúrgicas, medicamentos de alto costo, días de hospitalización, etc.).

Obsérvese que este planteamiento general se refiere a un proceso de arriba abajo porque es más frecuente encontrar datos consolidados. Sin embargo, si se dispone de datos detallados de los gastos por enfermedad, pueden resumirse en un enfoque de abajo arriba, lo que suele ser el caso de algunas enfermedades. Lo habitual es que la estimación requiera una mezcla de los dos enfoques: de arriba abajo y de abajo arriba.

Las fuentes de datos incluyen registros monetarios y no monetarios:

- Consumo de bienes y servicios de salud (por causa, tipo de unidad, tipo de usuario).
- Informes nacionales anuales sobre programas.
- Encuestas de ingresos y gastos de los hogares y los módulos sobre enfermedades y gastos de salud en las encuestas de demografía y salud.
- Registros de reembolsos y pagos de las compañías de seguros (reclamaciones).
- Informes de organizaciones no gubernamentales.
- Registros de subvenciones por enfermedad que puedan tener los asociados para el desarrollo.

- Registros de uso, compras y gastos en medicamentos y recetas debido a una enfermedad.
- Registros e informes del sector farmacéutico (preferiblemente de minoristas y referentes a precios de consumo final).

Obsérvese que las “ventas o suministros” de productos farmacéuticos incluyen el detalle por medicamento añadido para su efecto terapéutico, que se puede vincular a algunas categorías de enfermedades bajo la clasificación anatómica, terapéutica y química (ATQ) (3).

Los registros se refieren a tres tipos:

- Específicos de una enfermedad (por ejemplo, tuberculosis, malaria, infección por el VIH, planificación familiar, vacunas, COVID-19).
- Los que se refieren a la atención de salud personalizada que puede atribuirse directamente a una enfermedad, como las consultas y los días-paciente; algunas actividades comunitarias, como el saneamiento ambiental, que pueden vincularse a una enfermedad, como la malaria y el dengue, pero no a nivel personalizado.
- Las que son imputables indirectamente a una enfermedad, como en el caso de las unidades de administración de los ministerios de salud o de seguros de salud, cuya actividad guarda relación con todas las enfermedades.

Cálculos

Lo ideal es que los datos se muestren por enfermedad. Sin embargo, es frecuente que tengan que derivarse de registros directamente asignables. Esto implica el uso de claves de asignación, basadas en datos no relacionados con los gastos, como el costo, la utilización y el tiempo de los recursos humanos. A continuación se ofrece un ejemplo en el que se utiliza la información disponible sobre gastos para expresar valores equivalentes de intensidad del uso de los recursos. Para ilustrar el proceso se utiliza un conjunto limitado de enfermedades.

El punto de partida es agrupar los servicios por uso equivalente de recursos y determinar las enfermedades que deben detallarse, así como el gasto consolidado distribuido. En la práctica, normalmente, la causa de una hospitalización es una variable conocida, mientras que la causa de una atención ambulatoria puede estar disponible, pero no estar clasificada por la CIE. Es posible que resulte necesario hacer este mapeo. Se puede utilizar la clasificación internacional de atención primaria (4); hay una correspondencia con la CIE.³

3 Véase el SHA2011 (2) en el anexo E.

Notas: a) aunque se suele disponer de la lista de las 20 enfermedades más frecuentes tanto por atención ambulatoria como por hospitalización, estas pueden representar aproximadamente la mitad del gasto. Así pues, es aconsejable utilizar el total de diagnósticos para obtener una visión más completa; b) alrededor del 20% de los gastos puede corresponder a enfermedades “no clasificadas en otros lugares”; c) el gasto en medicamentos por enfermedad también puede estimarse mediante la ATQ e integrarse para la estimación final; d) la prevención incluye actividades personalizadas, como la vacunación, así como componentes colectivos como mensajes en los medios de comunicación, salud ambiental y actividades de programas para el control de enfermedades; e) el gasto en una categoría que no es específica de ninguna enfermedad y que se relaciona con los servicios generales, como la administración y la gobernanza, se distribuye entre todas las enfermedades.

Ejemplo del proceso de distribución de las enfermedades

En el cuadro 1 se muestra la información útil para iniciar la distribución del gasto por proceso patológico. Para el ejemplo, se han seleccionado seis enfermedades, a las que se suman “todas las demás enfermedades”. Se prevé que en la práctica haya ejemplos de los capítulos de la CIE diagnosticados con más frecuencia y que permitan determinar cuáles son las enfermedades más pertinentes desde el punto de vista de las políticas (debido a su frecuencia, costo del tratamiento o cualquier otro motivo). Para cada grupo o enfermedad concreta, se indica el tipo de servicio asociado y el número de servicios prestados en el ejercicio contable por enfermedad. Cabe señalar que puede necesitarse información complementaria; por ejemplo, es previsible que se deba obtener los días de hospitalización por enfermedad.

Cuadro 1. Datos no relativos a los gastos por grupo de servicios y enfermedades seleccionadas

Enfermedad	Actividades/ funciones	Días de hospitalización			Prevención			
		Salas generales y de COVID-19	UCI	Consultas ambulatorias	Información, etc.	Número de vacunas	Número de mosquiteros	Medicamentos recetados y no recetados
COVID-19	Hospitalización, atención ambulatoria, prevención, vacunación	100	30	10		300		30
Malaria	Atención ambulatoria, prevención, mosquiteros, medicamentos			6			15	20
Tuberculosis	Hospitalización, atención ambulatoria, prevención, medicamentos	5		50				20
Infección por el VIH	Atención ambulatoria, prevención, medicamentos			25				40
Hipertensión arterial	Atención ambulatoria, medicamentos			20				40
Diabetes	Hospitalización, atención ambulatoria, prevención, medicamentos	5	1	50	10			40
No específico de una enfermedad		0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad no clasificada en otra parte		500	100	1000	40	500	20	3500
Total de bienes y servicios (cifras)		610	131	1161	50	800	35	3690
Importe total del gasto	200 000							

Nota: COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019 (por su sigla en inglés); UCI: unidad de cuidados intensivos; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: OPS.

Para estimar el gasto por tipo de servicio, se aplica la información sobre el cálculo de costos al número de servicios de atención de salud. Para cada servicio, se calcula la proporción relativa que debe aplicarse al valor consolidado del SHA en relación con cada enfermedad (cuadro 2). Téngase en cuenta la columna añadida que gestiona el gasto que no es específico de una enfermedad (por ejemplo, administración). Hay dos formas de analizar este gasto. Una es destacar los recursos que llegan al beneficiario. En este caso, el gasto que no es específico de una enfermedad debe contabilizarse por separado. Dado que la eficiencia del sistema está vinculada a la gobernanza y la administración, este gasto también puede distribuirse para obtener un gasto total por enfermedad que incluya una parte equivalente del gasto de gobernanza y administración. Se puede usar “Precios/costo por unidad” para mosquiteros (7 unidades de divisa nacional) y vacunas (<1 unidad de divisa nacional), en la categoría preventiva, pero la información, educación y comunicación debe derivarse paralelamente de una línea presupuestaria y tratarse como otras partidas.



Cuadro 2. Aplicación del costo a los servicios y utilización de esa estructura para distribuir el valor consolidado del sistema de cuentas de salud

Enfermedad	Actividades/funciones	Días de hospitalización	UCI	Consultas ambulatorias	Prevención	Número de vacunas	Número de mosquiteros	Medicamentos recetados y no recetados	Proporción total del gasto no específico por enfermedad en el SHA
	Datos de cálculo de costos - costos unitarios	95	150	34				15	
	Costos totales	57 950	19 650	39 474				55 350	
	Proporciones del gasto corriente en salud según el SHA	29,0	9,8	19,7	4			27,7	9,8
		Paciente ambulatorio	UCI	Consultas ambulatorias					
Estimación de la distribución	Comprobar								
	Funciones de cura distribuidas	57 950	19 650	39 474					
	Gasto de otras funciones	82 926			8000			55 350	19 576
	"Precios" de la prevención				?	0,25	7		
	Prevención: P*C				7555	200	245		
	Comprobar	82 926							
	Gasto estimado por función	200 000	19 650	39 474	7555	200	245	55 350	19 576

Nota: COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019 (por su sigla en inglés); P*C: ecuación precio y calidad; SHA: sistema de cuentas de salud (por su sigla en inglés); UCI: unidad de cuidados intensivos.

Fuente: OPS.

Cuadro 3. Resultados de la estimación por enfermedad

Enfermedad	Actividades/funciones	Días de hospitalización	UCI	Visitas ambulatorias	Prevención	Número de vacunas	Número de mosquiteros	Medicamentos recetados y no recetados	Distribución de los productos no específicos de una enfermedad	Gasto total por enfermedad
								Suma		Suma
COVID-19	Hospitalización, atención ambulatoria, prevención, vacunación	9500	4500	340	75		450	14 865	1613	16 478
Malaria	Atención ambulatoria, prevención, mosquiteros, medicamentos	675		204		105	300	609	66	675
Tuberculosis	Hospitalización, atención ambulatoria, prevención, medicamentos	2744		1700			300	2475	269	2744
Infección por el VIH	Atención ambulatoria, prevención, medicamentos	1607		850			600	1450	157	1607
Hipertensión arterial	Atención ambulatoria, medicamentos	1419		680			600	1280	139	1419
Diabetes	Hospitalización, atención ambulatoria, prevención, medicamentos	4917	150	1700		1511	600	4436	481	4917
No específico de una enfermedad		0						0	0	0
Enfermedad no clasificada en otra parte		172 160	15 000	34 000	125	6044	52 500	155 309	16 851	172 160
Total	Comprobar	200 000	19 650	39 474	200	7555	55 350	180 424	19 576	200 000

Nota: COVID-19: enfermedad por el coronavirus del 2019 (por su sigla en inglés); UCI: unidad de cuidados intensivos; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. Fuente: OPS.

Los datos no relativos al gasto inicialmente disponibles que figuran en el cuadro 1 se combinan con los cálculos generados en el cuadro 2 para obtener la estimación final por función y enfermedad. En este caso, el gasto que no es específico de una enfermedad se ha distribuido proporcionalmente a cada enfermedad y se ha sumado para obtener un total (cuadro 3).

Interpretación

El análisis se centra en diversas enfermedades, se individualiza entre aquellas enfermedades más frecuentes o más costosas, o se centra en la composición de los paquetes de tratamiento. Esta información es útil para determinar cuánto se gasta por enfermedad y hacer comparaciones con otras afecciones. También puede indicar quién paga las enfermedades, quién las trata y cómo se compone el tratamiento (por ejemplo, prevención, atención ambulatoria u hospitalización curativas y proporción de productos médicos). Otro factor crítico es determinar “quién lo hace” y “qué se hace”, así como “quién no lo hace” y “qué no se hace” (por ejemplo, las enfermedades primarias se tratan en unidades especializadas, no se hace prevención de las enfermedades pertinentes o esos servicios no cubren los grupos de población adecuados). Un ejemplo interesante sobre la infección por el VIH se documentó en países latinoamericanos, donde la población de alto riesgo no recibía las medidas preventivas (5).

El gasto puede representarse como “precio (P) y cantidad (C)”. La ecuación $P \cdot C$ también puede orientar el análisis para determinar las enfermedades con mayor participación en el gasto. Una elevada proporción puede derivarse de un precio alto y una cantidad baja, ya que los precios más altos reducen la demanda, o lo contrario, la consecuencia de un precio bajo y una cantidad alta. Desde una perspectiva de políticas, las medidas adoptadas pueden ser completamente diferentes, aunque los resultados para el gasto sean los mismos.

La diabetes y los antirretrovirales son un ejemplo de ello: cada evento vinculado a un caso controlado de diabetes de tipo 2 tiene un gasto relativamente bajo; sin embargo, el grupo de población es bastante amplio. Los antirretrovirales pueden tener un precio elevado (por ejemplo, los tratamientos de segunda y tercera línea), pero afectar a un número más bien bajo de pacientes. Además, algunas enfermedades raras mucho menos frecuentes pueden requerir tratamientos costosos, debido a su limitado tamaño de mercado y patentes.

REFLEXIONES FINALES

La distribución del gasto por enfermedad se viene realizando desde hace muchos años por las compañías de seguros y los responsables de los sistemas de salud en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (6). Hasta la fecha, se ha acumulado experiencia sobre las ventajas que supone contar con estos resultados, así como sobre la forma de hacer frente a las limitaciones de los datos en la mayoría de los países. Incluso en los países de ingresos altos, los resultados de la distribución del gasto por enfermedad son muy específicos de cada país, lo que hace que sea esencial realizar periódicamente esas distribuciones en cada sistema de salud. El dominio del uso de la información disponible puede llevar a ejercicios y resultados basados en datos progresivamente más completos.

El esfuerzo por construir un sistema de información debe contemplar este análisis como un resultado deseable para mejorar los resultados en materia de salud de la población y racionalizar el gasto en los organismos responsables. Las enfermedades de alto costo son siempre el centro de atención. Para realizar un análisis adecuado y hacer más eficiente el gasto en atención de salud, se necesita información sobre cómo se ofrecen los servicios y su relación con las enfermedades o estados de salud.

Preguntas y respuestas

1. ¿Quién puede producir cuentas de salud por enfermedad?

Todos los equipos.

2. ¿Se necesita un proceso diferente para generar correctamente cuentas de salud por enfermedad?

La distribución por enfermedad forma parte del proceso anual habitual de contabilidad sanitaria.

3. ¿En qué enfermedades debo centrarme?

El análisis debe abarcar todos los gastos y todas las enfermedades. No obstante, se debe prestar especial atención a las políticas del país pertinentes (por ejemplo, debido al elevado gasto en casos individuales o a la alta prevalencia en la población). En particular, el gasto en COVID-19 puede seguir siendo un ejemplo adecuado para un desglose específico.

4. ¿Qué políticas pueden basarse en estas cuentas?

Entre otras, la asignación de recursos por enfermedad, la equidad, la eficiencia y las economías de escala; los tratamientos de alto costo frente a la frecuencia concentrada de enfermedades, es decir, quién paga los tratamientos (por ejemplo, gastos directos de bolsillo) y quién proporciona los servicios (por ejemplo, ambulatorios frente a hospitalarios).

REFERENCIAS

1. Iszaid I, Hafizan AH, Juni MH. Market failure in health care: a review. *Int J Public Health Clin Sci*. 2018; 5(5):16-25. Disponible en: <https://doi.org/10.32827/ijphcs.5.5.16>.
2. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Eurostat, Organización Mundial de la Salud. *A System of Health Accounts 2011*. Edición revisada. París: OCDE; 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
3. Organización Mundial de la Salud. *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification*. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>.
4. Organización Mundial de la Salud. *International Classification of Primary Care, 2nd edition (ICPC-2)*. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/other-classifications/international-classification-of-primary-care>.
5. Arán-Matero D, Amico P, Arán-Fernandez C, Gobet B, Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C. Levels of Spending and Resource Allocation to HIV Programs and Services in Latin America and the Caribbean. *PLoS One*. 2011;6(7):e22373. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0022373>.
6. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *Extension of work on expenditure by disease, age and gender*. Acuerdo de contribución de la UE 2011 53 01. París: OCDE; 2013. Disponible en: https://www.oecd.org/els/health-systems/Extension-of-work-on-expenditure-by-disease-age-and-gender_Final-Report.pdf.

La COVID-19 ha estimulado tanto el interés como la necesidad de analizar el gasto por enfermedad. El enfoque para generar esta información se ha puesto a prueba y se ha adquirido experiencia a través de los estudios llevados a cabo en los últimos 50 años. Además de mejorar las decisiones relacionadas con la COVID-19, hay que prestar especial atención a las enfermedades no transmisibles. La eficiencia en la asignación y el uso de los recursos puede mejorarse mediante un proceso transparente y documentado. Dado que cada país tiene su propia combinación de estructura del sistema sanitario, necesidades, uso de los recursos y prioridades políticas, el cálculo del gasto por enfermedad es una actividad específica de cada país, aunque se rige por el mismo conjunto estándar de principios.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

Región de las Américas

www.paho.org