SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD: Gasto sanitario corriente

1. Contacto

1.1. Organización de contacto

Ministerio de Sanidad

1.2. Unidad de contacto

Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación

2. Actualización de metadatos

27 de octubre de 2026

3. Presentación estadística

3.1. Descripción de los datos

El gasto en salud cuantifica los recursos económicos dedicados a las funciones de salud, excluyendo la inversión de capital. El gasto sanitario se refiere principalmente a los bienes y servicios sanitarios que consumen las unidades residentes, independientemente de dónde se produzca ese consumo (puede ser en el resto del mundo[(1)]) o de quién lo pague. Como tal, se excluyen las exportaciones de bienes y servicios de atención sanitaria (a unidades no residentes), mientras que se incluyen las importaciones de bienes y servicios de atención sanitaria para uso final. Los datos sobre el gasto en atención sanitaria proporcionan información sobre el gasto en el ámbito funcionalmente definido de la salud, que se distingue por categoría de proveedor (por ejemplo, hospitales, médicos de atención primaria), categoría de función (por ejemplo, servicios de atención curativa, atención de rehabilitación, laboratorio clínico, transporte de pacientes, medicamentos recetados) y esquema de financiación (por ejemplo, seguridad social, compañía de seguros privada, hogar).

Para la recopilación de datos sobre el gasto en atención sanitaria se utiliza el Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por sus siglas en inglés) y su conjunto conexo de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA, por sus siglas en inglés). El SHA establece un sistema integrado de cuentas exhaustivas e internacionalmente comparables y proporciona un marco uniforme de normas contables básicas y un conjunto de cuadros normalizados para la presentación de informes sobre los datos sobre el gasto en salud. El Sistema de Cuentas de Salud - SHA 2011 es un manual estadístico de referencia que ofrece una descripción completa de los flujos financieros en la atención de salud. Proporciona un conjunto de clasificaciones revisadas de las funciones de atención de la salud, los proveedores de bienes y servicios de atención de la salud y los esquemas de financiación. En la actualidad, la OCDE, Eurostat y la OMS recopilan datos conjuntos sobre el gasto sanitario. El manual establece con más detalle los límites, las definiciones y los conceptos de la contabilidad de la salud, respondiendo a los sistemas de atención de la salud de todo el mundo con mecanismos organizativos y financieros muy diferentes.

Periodo contable: Los datos de gasto y financiación sanitaria corresponden al año natural (del 1 de enero al 31 de diciembre).

3.2. Sistemas de clasificación

El gasto sanitario se registra según la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud

(ICHA, por sus siglas en inglés), que define:

- Gasto sanitario por esquemas de financiación (ICHA-HF), que clasifica los tipos de mecanismos de financiación a través de los cuales las personas obtienen servicios de salud, incluyendo los pagos directos de los hogares por bienes y servicios, así como los acuerdos de financiación con terceros;

- Gasto sanitario por funciones de salud (ICHA-HC), que detalla la división del gasto sanitario según el propósito de las actividades sanitarias, como la atención curativa, la atención de rehabilitación, la atención a largo plazo o la atención preventiva;

- Gasto sanitario por proveedores de servicios de salud (ICHA-HP), que clasifica las unidades que contribuyen a la provisión de bienes y servicios sanitarios, como hospitales, centros residenciales, servicios de asistencia sanitaria ambulatoria, servicios auxiliares o minoristas de productos sanitarios.

3.3. Cobertura por sectores

1. Consumo individual de los hogares en salud, incluyendo el consumo colectivo con dos excepciones: a) atención de la salud laboral (consumo intermedio dentro de los establecimientos) menos una proporción estimada de la salud laboral en la administración neta de los proveedores de servicios de salud y otras industrias médicas; y b) producción doméstica no remunerada en forma de transferencias (prestaciones sociales en efectivo) para el cuidado domiciliario de personas enfermas, con discapacidad y mayores proporcionado por miembros de la familia.

   El Manual SHA 2011 recomienda seguir las reglas estándar del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) para trazar el límite de producción de los servicios de atención de salud, aunque con dos excepciones notables: a) la atención de la salud en el trabajo se incluye en los totales nacionales del gasto en atención de la salud mientras que en el SCN esta partida se registra como servicios auxiliares y forma parte de la producción intermedia de empresas; y b) parte de las transferencias de efectivo a los hogares particulares para los cuidadores de enfermos y personas con discapacidad en el hogar se tratan como producción familiar remunerada de atención de la salud.

2. Esquemas de financiación de la asistencia sanitaria:
   a. HF.1 - Esquemas gubernamentales y esquemas de financiación de servicios de salud contributivos y obligatorios;
   b. HF.2 - Esquemas voluntarios de pago de servicios de salud;
   c. HF.3 - Gasto directo de los hogares;
   d. HF.4 - Esquemas de financiación del resto del mundo[(1)].

3. NACE rev. 2, sección Q, salud humana y actividades de trabajo social.

3.4. Conceptos y definiciones estadísticos

El concepto SHA es el consumo de bienes y servicios de atención sanitaria.

Las estadísticas de atención sanitaria describen el proceso provisión y financiación de la atención sanitaria en los países refiriéndose a los bienes y servicios de atención sanitaria, sus proveedores y su financiación. Para la recopilación de datos sobre el gasto en atención sanitaria se utiliza el Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por sus siglas en inglés) y su conjunto conexo de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA, por sus siglas en inglés). El SHA es un sistema triaxial en el que las dimensiones de financiación, provisión y consumo están cubiertas por la ICHA: Funciones de Salud (ICHA-HC), Proveedores de Servicios de Salud (ICHA-HP), y Esquemas de Financiación (ICHA-HF).

Los datos se presentan en tres tablas resumen (unidimensionales) y tres tablas de clasificación cruzada (tablas bidimensionales).

Las tablas resumen proporcionan datos sobre:

- Gasto corriente por proveedor (ICHA-HP);
- Gastos corrientes por función (ICHA-HC);
- Gasto corriente por esquema financiación (ICHA-HF).

Las tablas de clasificación cruzada refieren a:

- HC x HP: Gasto en atención sanitaria por función y por proveedor: datos sobre qué tipo de bienes y servicios de atención sanitaria suministra qué proveedor de atención médica;
- HC x HF: Gasto en atención sanitaria por función y por esquema de financiación: datos sobre cómo se financian los diferentes tipos de bienes y servicios;
- HP x HF: Gasto en atención sanitaria por proveedor y por esquema de financiación: datos sobre a qué proveedor de atención sanitaria y bajo qué régimen de financiación concreto se adquieren los servicios y bienes.

Se deben seguir las clasificaciones y definiciones presentadas en el manual SHA 2011.

3.5. Unidad estadística

El Reglamento (UE) 2021/1901 de la Comisión y el Reglamento (UE) 2015/359 de la Comisión, anteriormente en vigor, se refieren a la recopilación de datos sobre el «gasto corriente en asistencia sanitaria», que se define como el «gasto en consumo final de las unidades residentes en bienes y servicios sanitarios».

Existe una relación muy estrecha entre el concepto de «gasto en consumo final» tal como se define en el Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por sus siglas en inglés) y en la Contabilidad Nacional y, en consecuencia, también entre las transacciones económicas subyacentes registradas en los dos marcos contables.

En las Cuentas Nacionales existen dos tipos de unidades estadísticas: las unidades institucionales y las unidades de actividad económica locales (KAU, por sus siglas en inglés). Una unidad de actividad económica local agrupa todas las partes de una unidad institucional en su calidad de productora que están situadas en un único centro. Una unidad de actividad económica local pertenece a una sola unidad institucional.

El SHA utiliza los mismos dos tipos de unidades para la compilación de datos. Las unidades de actividad económica locales que operan como proveedoras de bienes y servicios de atención sanitaria a las unidades residentes son unidades estadísticas en el SHA.

Además, las transacciones por unidades institucionales se registran en el SHA, en cuyo marco las unidades institucionales también se denominan «agentes financieros». Más precisamente, los agentes de financiación SHA son unidades institucionales que gestionan uno o varios esquemas de financiación. Las transacciones son ejecutadas por los agentes de financiación, de acuerdo con las reglas de los esquemas de financiación.

Los agentes de financiación actúan como unidades estadísticas clave en la elaboración de las cuentas nacionales de salud. Si bien los esquemas de financiación son las unidades clave para analizar cómo se financia el consumo de bienes y servicios de atención sanitaria, los datos relativos a las transacciones pertinentes se recopilan de los agentes financieros que operan los diferentes esquemas de financiación o de los proveedores.

El concepto de «esquemas de financiación de la asistencia sanitaria» en el SHA es una aplicación y una extensión del concepto de «regímenes de protección social» definido por el Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS): «un cuerpo distinto de normas, respaldado por una o más unidades institucionales, que rigen la provisión de prestaciones de protección social y su financiación...». El régimen de protección social es la unidad estadística del ESSPROS. Es una unidad analítica que permite describir la estructura completa del sistema de financiación de

la protección social: gastos e ingresos.

De acuerdo con el Manual SHA 2011, «los conceptos clave para describir la estructura del sistema de financiación de la atención sanitaria se basan en la medición: (a) el gasto de los esquemas de financiación de la atención sanitaria, bajo los cuales los bienes y servicios se compran directamente de los proveedores de atención médica, por un lado, y (b) los tipos de ingresos de los esquemas de financiación de la atención sanitaria, por otro lado».

El Reglamento (UE) 2021/1901 de la Comisión y el Reglamento (UE) 2015/359 de la Comisión limitan su ámbito de aplicación a la recopilación de datos sobre el gasto de los esquemas de financiación de la asistencia sanitaria.

3.6. Población estadística

El Sistema de Cuentas de Salud se centra en el consumo de bienes y servicios de atención sanitaria por parte de la población residente, independientemente del lugar donde se produzca. Esto implica la inclusión de las importaciones (de proveedores no residentes) y la exclusión de las exportaciones (bienes y servicios de salud prestados a no residentes).

3.7. Ámbito geográfico

España.

3.8. Cobertura temporal

2003-2024

3.9. Período base

No aplicable.

4. Unidad de medida

Los datos del gasto corriente se presentan en millones de euros.

5. Período de referencia

Los datos de gasto sanitario son datos anuales, correspondientes al año natural.

Este informe de calidad abarca los siguientes años de referencia: 2003-2024.

6. Mandato institucional

6.1. Actos jurídicos y otros acuerdos

Los países presentan datos a Eurostat sobre la base de los Reglamentos de la Comisión (UE):

- 2015/359, de 4 de marzo de 2015, por el que se aplica el Reglamento (CE) n.º 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a las estadísticas sobre gastos y financiación de la asistencia sanitaria, hasta el año de referencia 2020.
- 2021/1901, de 29 de octubre de 2021, por el que se aplica el Reglamento (CE) n.º 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a las estadísticas sobre el gasto y financiación de la asistencia sanitaria, cuyo primer año de referencia será 2021.

Los Reglamentos de aplicación especifican las áreas y el nivel de agregación que deben presentar los Estados miembros de la UE y los países del EEE (véase el anexo II del Reglamento).

6.2. Intercambio de datos

La recopilación de datos se realiza de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

7. Confidencialidad

7.1. Política de confidencialidad

Se aplica el Reglamento (CE) n.º 223/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la estadística europea (considerandos 23 a 27, 31 y 32 y artículos 20 a 26).

7.2. Tratamiento de datos confidenciales

El Sistema de Cuentas de Salud se compone de datos agregados anónimos de una variedad de fuentes. Cada fuente de datos primarios ha aplicado confidencialidad en cumplimiento de la legislación española (Ley 12/1989, de 9 de mayo, de la Función Estadística Pública).

8. Política de difusión

8.1. Calendario de difusión

Los resultados nacionales finales se publican después de T+18 meses.

8.2. Acceso al calendario de difusión

Los calendarios de publicaciones del Ministerio de Sanidad y de Eurostat están disponibles en sus sitios web respectivos.

8.3. Acceso al usuario

De conformidad con el marco jurídico comunitario y el Código de Buenas Prácticas de las Estadísticas Europeas, Eurostat difunde estadísticas europeas en el sitio web de Eurostat (véase el punto 10 «Accesibilidad y claridad») respetando la independencia profesional y de manera objetiva, profesional y transparente en la que todos los usuarios reciban un trato equitativo.

9. Frecuencia de la difusión

Anual.

10. Accesibilidad y claridad

10.1. Comunicados

España no publica notas de prensa sobre estadísticas de gasto sanitario.

10.2. Publicaciones

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, que incluye un capítulo sobre el gasto sanitario, está disponible aquí.

10.3. Bases de datos online

A nivel nacional, para la difusión de los datos SHA, España solo proporciona ficheros EXCEL con agregados principales según SHA 1.0, disponible aquí.

10.4. Acceso a microdatos

No aplicable.

10.5. Otros

La infografía con los principales datos del Sistema Nacional de Salud (incluido el gasto sanitario) está disponible aquí.

10.6. Documentación sobre metodología

Los documentos metodológicos están disponibles aquí.

10.7. Documentación sobre calidad

España no publica informes de calidad sobre las estadísticas de gasto sanitario.

11. Gestión de calidad

11.1. Garantía de calidad

Las autoridades responsables de la recopilación de datos del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por sus siglas en inglés) trabajan para garantizar que las prácticas estadísticas utilizadas para compilar las cuentas nacionales de salud cumplan con los requisitos metodológicos de SHA y que se sigan las buenas prácticas en este campo, de acuerdo con la metodología subrayada en el Manual de SHA 2011 y el Código de Buenas Prácticas Estadísticas Europeas respetando la independencia profesional de las autoridades estadísticas. Existen procedimientos para planificar y supervisar la calidad del proceso de producción de estadísticas del gasto en atención de la salud.

11.2. Evaluación de la calidad

En España, el Sistema de Cuentas de Salud se lleva a cabo utilizando una estrategia de arriba abajo (o «top-down»). Su calidad depende significativamente de la calidad de las principales fuentes de datos: Estadística de Gasto Sanitario Público (para HF.1) y Cuentas Nacionales (para HF.2 y HF.3).

12. Relevancia

12.1. Necesidades del usuario

Los principales usuarios de los datos sobre el gasto sanitario son los responsables de la formulación de políticas, los institutos de investigación, los medios de comunicación y los estudiantes.

12.2. Satisfacción del usuario

España no realiza encuestas ni consultas de satisfacción para determinar la satisfacción de los usuarios del Sistema de Cuentas de Salud.

12.3. Exhaustividad

En el caso de las categorías obligatorias de HC, falta la HC.3.3 (Atención de largo plazo ambulatoria) porque no se dispone de datos.

En el caso de las categorías obligatorias de HF, faltan HF.2.3 (Esquemas de financiación de empresas) y HF.4 (Esquemas de financiación del resto del mundo(1)) porque no se dispone de datos.

13. Precisión y fiabilidad

13.1. Precisión global

Las fuentes para compilar los datos sobre el gasto en salud son principalmente datos administrativos y de registro, solo un pequeño porcentaje de las cifras provienen de encuestas u otros medios. En consecuencia, para la recolección de datos sobre el gasto en salud, la precisión aborda los problemas de cobertura como principal fuente posible de errores.

13.2. Errores de muestreo

Esta operación es una estadística de síntesis, por lo que no es aplicable el concepto de errores de muestreo. Sin embargo, sí se ve afectada de manera indirecta por tales errores, debido a que entre sus fuentes de información se encuentran encuestas.

13.3. Errores ajenos al muestreo

Esta operación es una estadística de síntesis, por lo que se ve afectada de manera indirecta por todos los errores que existan en sus fuentes de información.

14. Oportunidad y puntualidad

14.1. Oportunidad

Los Estados miembros estaban obligados a transmitir sus datos a Eurostat de conformidad con los plazos de transmisión del Reglamento (UE) 2015/359 de la Comisión, hasta el año de referencia 2020. A partir del año de referencia 2021, los datos se transmiten de conformidad con el Reglamento (UE) 2021/1901 de la Comisión.

Los datos y metadatos de referencia correspondientes al año de referencia T deben transmitirse a Eurostat a más tardar el 30 de abril T+2.

14.2. Puntualidad

España respeta la puntualidad.

15. Coherencia y comparabilidad

15.1. Comparabilidad geográfica

No aplicable.

15.2. Comparabilidad temporal

En España, los datos del Sistema de Cuentas de Salud están disponibles desde 2003 hasta 2024 y son comparables durante este período. Sólo en 2008 se produce la ruptura de HF.2.2 (Esquemas de financiación de las instituciones sin fines de lucro).

15.3. Coherencia – cruce de sectores

Los datos del Sistema de Cuentas de Salud son conciliables a nivel general y coherentes con otros ámbitos, como las Cuentas Nacionales y el Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (SEEPROS).

15.4. Coherencia interna

Entradas atípicas:

- HC.7.1 x HP.8.2: Transferencias del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a sindicatos y organizaciones empresariales.

- HC.7.2 x HP.8.2: Transferencias de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social a sindicatos y organizaciones empresariales.

- HP.7.3 x HF.1.2.1: En España, los funcionarios pueden elegir entre la asistencia sanitaria prestada por su Servicio Regional de Salud o por aseguradoras privadas de salud. En el segundo caso, la administración pública (fondos de seguridad social) paga primas colectivas a las aseguradoras privadas.

16. Costes y carga

El coste estimado de esta operación estadística es de 73 miles de euros.

17. Revisión de datos

17.1. Revisión de datos – Política

En España, las cifras de las series del Sistema de Cuentas de Salud se revisan cada vez que las unidades informantes actualizan sus datos o se dispone de una nueva fuente de información para mejorar las estimaciones.

17.2. Revisión de datos – Práctica

Varias unidades de información (comunidades autónomas, Instituto Nacional de Estadística e Instituto de Mayores y Servicios Sociales) han modificado algunas cifras utilizadas para estimar el Sistema de Cuentas de Salud. Esto afecta a diferentes rubros del gasto público y del gasto privado.

18. Tratamiento estadístico

18.1. Datos de origen

Fuentes de datos administrativos y estadísticos:

- Estadística de Gasto Sanitario Público. Principal fuente de información para estimar HF.1. Para desagregar HC y HP se utilizan fuentes secundarias.

- Cuentas Nacionales. Principal fuente de información para estimar HF.2 y HF.3. Para desagregar HC y HP se utilizan fuentes secundarias.

- Servicios sociales para personas mayores. Principal fuente de información para estimar HC.3.

18.2. Frecuencia de la recogida de datos

Anual.

18.3. Recogida de datos

Los datos se recogen a través del cuestionario conjunto de cuentas de salud (JHAQ, por sus siglas en inglés) que se remite a Eurostat durante el ejercicio anual de recopilación de datos. Existe una fecha límite voluntaria para enviar el cuestionario JHAQ para el año calendario T antes del 31 de marzo T+2. El JHAQ se coordina por acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Estas tres organizaciones internacionales se conocen colectivamente como el Equipo Internacional de Cuentas de salud (IHAT, por sus siglas en inglés). Los datos se presentan a Eurostat sobre la base del Reglamento (UE) 2015/359 de la Comisión, de 4 de marzo de 2015, por el que se aplica el Reglamento (CE) n.º 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a las estadísticas sobre gastos y financiación de la asistencia sanitaria, hasta el año de referencia 2020. A partir del año de referencia 2021, está en vigor el Reglamento (UE) 2021/1901 de la Comisión, de 29 de octubre de 2021, por el que se aplica el Reglamento (CE) n.º 1338/2008.

18.4. Validación de datos

El JHAQ 2026 incluye una serie de características que permiten a los corresponsales nacionales realizar diversos controles de calidad antes de enviar los datos. Los programas integrados permiten la verificación de:

1- Consistencia de los datos entre tablas. Este paso verifica si los totales marginales reportados en cada tabla del JHAQ son consistentes en todas las tablas. Por ejemplo, para cada función (HC), el total de todos los esquemas de financiación (HF) de la tabla HC x HF debe ser igual al total de todos los proveedores (HP) de la tabla HC x HP, es decir, los valores de la columna "Todos los HF" de la tabla HC x HF deben ser iguales a los valores de la columna "Todos los HP" de la tabla HC x HP. Las diferencias detectadas se marcan en la fila o columna correspondiente de las tablas correspondientes y todas las incoherencias se enumeran en la hoja de trabajo "Informe" mediante código de variable junto con la cantidad en la que la variable respectiva difiere entre las dos tablas comparadas. Un valor positivo indica que la primera tabla de la lista tiene un valor más alto para la misma variable y viceversa.

2- Consistencia de los datos dentro de las tablas, Las inconsistencias detectadas se enumeran mediante código de variable junto con una indicación de qué total no es igual a la suma de sus subcomponentes, así como la diferencia numérica. Una cifra positiva indica que el total es mayor que los subcomponentes reportados, y viceversa.

- La presencia de valores negativos. Las entradas en las tablas no pueden ser negativas, ya que se refieren al consumo de bienes y servicios. Si se comprueba la coherencia interna de una tabla de datos individual, se realiza la comprobación de valores negativos para la tabla correspondiente y, a continuación, los valores negativos se resaltan en rojo y se tachan.

- La presencia de entradas atípicas. La comprobación de entradas atípicas proporciona información sobre si las tablas de datos contienen valores en celdas que, si es que lo hacen, solo son reportados por muy pocos países y, por lo tanto, son atípicos para la contabilidad de salud. Si se comprueba la coherencia interna de una tabla de datos individual, se realiza la verificación de entradas atípicas para la tabla correspondiente. En las tablas de datos, cualquier celda que contenga una entrada atípica se resaltará para los proveedores de datos nacionales. En caso de que se identifiquen entradas atípicas, los compiladores deben examinar en detalle las transacciones que dieron lugar a entradas en esas celdas y evaluar si las normas contables de SHA se han aplicado correctamente. Si llegan a la conclusión de que las transacciones se registran en las categorías correctas de las clasificaciones de la ICHA, entonces las entradas atípicas correspondientes representan características únicas -y correctamente contabilizadas-del sistema de salud del país. En este caso, se debe incluir una breve descripción de la naturaleza de las transacciones en el archivo de metadatos. Si, por el contrario, los compiladores llegan a la conclusión de que las transacciones no se registran correctamente, entonces deben hacer ajustes en las tablas correspondientes. En caso de que las transacciones registradas en una celda no pertenezcan a los límites de SHA (por ejemplo, se refieran a consumos intermedios), se debe eliminar el valor de la celda respectiva (y todas las celdas que se vean afectadas por este cambio ajustarse en consecuencia). En caso de que las transacciones se informen incorrectamente y otra categoría de la clasificación ICHA sea más apropiada, el valor de la celda debe transferirse a la celda correcta de la tabla.

3- Las tasas de crecimiento respecto al año anterior y la magnitud de las revisiones en comparación con los datos presentados anteriormente. Los resultados se agrupan en tres categorías diferentes:

- Rupturas en series (el cuestionario actual no muestra datos para un ítem que no es nulo en el otro archivo).

- Recién reportado (el cuestionario actual contiene datos de un ítem que está vacío en el otro archivo).

- Diferencias (todos los demás tipos de diferencias).

18.5. Compilación de datos

Métodos de estimación:

- Distribución de HF.1 por HC/HP. Los datos de la Estadística de Gasto Sanitario Público se distribuyen por HC y HP utilizando la información proporcionada por una encuesta de distribución funcional del gasto en salud realizada a una muestra de Servicios Autonómicos de Salud.

- Distribución de HF.2 por HC.1-HC.3/HP. Los datos de las Cuentas Nacionales sobre el gasto en servicios hospitalarios son distribuidos por HC.1-HC.3 y HP utilizando la información proporcionada por Sistema de Información de Atención Especializada.

- Distribución de HF.3 por HC.1.3/HP. Los datos de las Cuentas Nacionales sobre el gasto en servicios médicos son distribuidos por HC.1.3 y HP utilizando la información proporcionada por la Encuesta de Presupuestos Familiares.

- Distribución de HF.3 por HC.4/HP. Los datos de las Cuentas Nacionales sobre el gasto en servicios paramédicos son distribuidos por HC.4 y HP utilizando la información proporcionada por la Encuesta de Presupuestos Familiares.

- Distribución de HF.3 por HC.5.2/HP.5.2. Los datos de las Cuentas Nacionales sobre el gasto en equipos y material terapéutico se distribuyen en HC.5.2 y HP.5.2 utilizando la información proporcionada por la Encuesta de Presupuestos Familiares.

18.6. Ajuste

No se realizan ajustes.

19. Observaciones

(1) Resto del mundo: Esta partida comprende todas las unidades no residentes que prestan bienes y servicios de salud, así como actividades relacionadas con ésta. En ambos casos la prestación se dirige para su uso final a los residentes en el país.