

Sistema de Cuentas de Salud: avances y perspectivas en la medición del gasto sanitario

JORGE JUAN RELAÑO TOLEDANO

Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión
Ministerio de Sanidad y Consumo

Recibido: Noviembre 2007

Aceptado: Diciembre 2007

Resumen

El propósito de este artículo es doble, por un lado, intenta responder a las cuestiones relacionadas con las estadísticas económicas del sector sanitario en el ámbito internacional, los antecedentes y desarrollo del Sistema de Cuentas de la Salud (SCS), y las perspectivas que se ofrecen para su implantación en la situación actual en la cual se ha conseguido aunar los esfuerzos de OCDE, EUROSTAT y OMS.

Por otra parte, se analiza como se adapta España al marco internacional descrito. Para ello, reseña la trayectoria histórica de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) y su adaptación a la transición de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS).

En conclusión muestra como los avances conseguidos en la EGSP permiten la implantación de un Sistema de Cuentas de Salud que da respuesta a los requerimientos de los Organismos Internacionales sobre información económica del sector salud, y proporciona a los agentes políticos de un SNS plenamente descentralizado, una información que complementa la obtenida a través de EGSP.

Palabras clave: Cuentas satélite, cuentas de salud, gasto sanitario, funciones, proveedores, fuentes de financiación.

Clasificación JEL: H51, I10.

Abstract

This article has a double aim: first, it tries to answer the questions about the international economic statistics in the health care sector, the precedents and development of the System of Health Accounts (SHA) and the prospective for its implantation in a moment in which the union of the OCDE, EUROSTAT and OMS efforts has been achieved.

Second, it analyses how Spain is adapting to this international panorama. With that purpose it reviews the historical development of the Public Health Care Expenditure Statistic (EGSP) and its adaptation to the transition of our National Health System (Sistema Nacional de Salud, SNS)

In conclusion, it shows that the advances achieved by the EGSP have permitted the implantation of a System of Health Accounts that covers the requirements from the International Organizations about economical information in health care, and provides the politic agents of a fully decentralized SNS, with an information that complements the one obtained from the EGSP.

Key words: Satellite accounts, Health accounts, Health care expenditure, Functions, Providers, Sources of funding.

1. Introducción

El Sistema de Cuentas de Salud (SCS, o SHA en sus siglas inglesas) ¹ es un modelo de contabilidad pública desarrollado por la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico) destinado a cuantificar, describir y analizar los gastos en salud y su financiación.

EL SCS proporciona un conjunto de cuentas exhaustivas, coherentes y flexibles que permiten presentar, en un formato normalizado, los gastos en salud y su financiación, sobre la base de la unificación de conceptos, definiciones, clasificaciones y normas contables, para lograr la comparabilidad en el tiempo y entre países.

El SCS fue creado con un doble objetivo: proporcionar una estructura para la recogida de datos internacionales sobre gastos en salud y constituir un posible modelo para rediseñar y complementar las cuentas nacionales de salud con la finalidad de apoyar a quienes elaboran las políticas en esta área.

Antes de exponer la estructura del SCS, cabe buscar la «justificación» de la iniciativa de OCDE sobre el SCS. ¿Porque coloca este Organismo en el ámbito de sus prioridades el diseño y desarrollo de un nuevo sistema contable para el sector salud? La respuesta ha de basarse en un argumento clásico, la importancia económica de los gastos en salud en el contexto de los países del área OCDE, y otros derivados de la tipificación del sector sanitario en la perspectiva de la economía de la salud.

Es ya un lugar común señalar la importancia y el creciente peso del sector sanitario y de los recursos a él dedicados por los países desarrollados. Pero estas consideraciones son fundamentales para situar en su debida relevancia los intentos de homogeneizar la medición de ese gasto a efectos de poder servir como indicación y orientación en las políticas económicas que tienen como objetivo el incremento del bienestar social.

El indicador clásico de esta relevancia, en las comparaciones internacionales, es el porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) que los distintos países dedican a gasto sanitario. Tomando datos del último Panorama de la Salud de OCDE ² este porcentaje, para el conjunto de los países integrados en esa organización, representaba un 4% en el año 1960. Desde entonces el incremento de recursos dedicados a la salud ha ascendido hasta una cifra actual del 9% considerando el total del gasto sanitario, tanto público como privado.

Desde 1995 el gasto sanitario per-cápita estimado por esta organización para sus países miembros, ha aumentado en un 4% anual, lo que comparado con un crecimiento estimado de la economía general de estos países de un 2,5% en los mismos términos, se ha traducido en un cada vez mayor porcentaje de la economía dedicado a la salud.

La tendencia a crecer no esta absolutamente generalizada, pero si es la dominante: En 1995, solo dos países superaban el ratio del 10% del indicador Gasto en Salud y PIB. En 2000, fueron cuatro, y en 2005 diez países se sitúan en el listón de un ratio superior a los dos dígitos.

Estos datos ponen de manifiesto el tamaño y el impresionante dinamismo de esta magnitud a lo largo del tiempo y evidencian la necesidad de herramientas contables que respondan de la veracidad de afirmaciones como las señaladas.

Desde una perspectiva económica los sistemas sanitarios poseen unos rasgos diferenciales muy marcados respecto de otros sectores de la actividad económica y, además, cada sistema se diferencia del resto en la organización, regulación y sobre todo en el papel que representan los recursos económicos públicos y privados. Funcionan de distinta forma los sistemas sanitarios según exista o no mercado, y si existe, según el grado de regulación y tamaño del mismo. Sabemos que cada caso conlleva diferencias en el enfoque de las cuestiones económicas básicas como son la asignación de recursos, la evaluación de los resultados y las formas de producción y provisión de servicios.

Las características económicas de la salud como bien económico, su tipificación en la categoría de bienes preferentes, la especial relevancia de los fallos del mercado, las economías o deseconomías externas generadas en el ámbito de la prevención, por ejemplo, son factores que explican la existencia de un alto componente de intervención pública, por la vía de la financiación, de la regulación y normalmente por ambas vías, en los Sistemas de Salud.

Como señala Bengoa ³ el papel del Estado está cambiando en todos los países que buscan una modernización de sus estructuras y una reorganización de sus políticas sociales. Se da una orientación común hacia la ruptura de la rígida separación de los sectores públicos y de mercado en los sistemas de salud, con el propósito de obtener una mayor eficiencia global de los mismos. Los ejemplos más conocidos en relación con este proceso son los de separación de las funciones de financiación y compra, la introducción de modelos de competencia gestionada y la aparición de nuevas formas de financiación o gestión privada de servicios públicos.

Resaltemos pues algunos hechos que describen el contexto económico de los sistemas sanitarios: Primero, la estructura económica de todos y cada uno de los sistemas sanitarios es sumamente compleja. Segundo, la estructura es muy heterogénea. Tercero, los sistemas sanitarios, por la naturaleza de sus funciones, están fuertemente regulados, lo que se traduce en un estado de permanente transición. Y, cuarto, sobre los sistemas sanitarios inciden en gran medida decisiones políticas.

Estas características y especialmente la importancia de la toma de decisiones políticas en el sector sanitario y los requerimientos de información para asegurar la pertinencia y corrección de las mismas, constituye la razón más importante para explicar la génesis y desarrollo del SCS, con el objetivo de tratar homogéneamente realidades e informaciones internacionalmente heterogéneas.

2. Contabilización del gasto sanitario en el ámbito internacional

Desde distintos enfoques y bases metodológicas ⁴ los países han instrumentado sistemas de información que les permitiesen conocer la evolución y estructura del gasto en salud y racionalizar las decisiones de política económica, pero que plantean serios problemas a la hora de realizar comparaciones internacionales. Los comentarios expuestos sobre relaciones entre economía y sistemas sanitarios, señalan al marco del Sistema de Contabilidad Nacional de Naciones Unidas como el referente metodológico más adecuado de un sistema de cuentas

que se proyecte sobre los mismos con pretensiones de coherencia y comparabilidad. Este fue el marco conceptual en el que la OCDE decidió apoyarse para la recogida de datos de gasto sanitario, dado que proporciona un conjunto de definiciones y reglas contables común a todos los países.

La tradición de OCDE en materia de Cuentas Nacionales viene de lejos. En 1949 la OCDE articuló una Oficina de Estudio de las Cuentas Nacionales en Cambridge para fomentar la comparabilidad de las estadísticas de cuentas nacionales entre los países miembros. El objetivo fundamental de éste sistema consistía en «administrar la ayuda financiera y fomentar el crecimiento económico en los países miembros, y para ello necesitaba una información sistemática acerca de la situación y condiciones económicas y de los resultados económicos obtenidos en dichos países»⁵. Desde entonces la colaboración de OCDE junto con otros Organismos Internacionales fue fundamental en la elaboración de los SCN (Sistemas de Cuentas Nacionales) de 1953, 1968 y 1993.

El concepto actual de Cuenta Satélite tiene su origen en el SCN93⁶ que las contempla con el objetivo de permitir «el uso de conceptos alternativos o complementarios de la inversión y la producción, cuando sea necesario presentar una dimensión adicional al marco conceptual de la CN».

El antecedente más inmediato del SCS lo constituye el proyecto del *Sistema de Cuentas de Salud*, iniciado por Jean-Pierre Poullier (OMS, Ginebra), en la Secretaría de la OCDE. Posteriormente, Manfred Huber, miembro de la Dirección de Educación, Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales preparó la primera versión del Manual de SCS que se basa en más de quince años de trabajo de la Secretaría de la OCDE sobre las comparaciones internacionales de datos de atención de la salud, para el análisis económico de la política sanitaria. En la elaboración del manual participaron una serie de expertos de países de la OCDE y de otras organizaciones internacionales, especialmente OMS y EUROSTAT, también implicados en su actual proceso de revisión.

2.1. Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE: Manual

La OCDE, a través de su base de datos Eco-Salud, fue pionera en la recogida y sistematización de datos de gasto y financiación del sector sanitario. En 1982 —llevando el inicio de la serie, cuando fuera posible, a 1960— se inició la recogida y publicación de los datos económicos de gasto del sector. Los datos, valiosos en sí mismos, perdían validez, sobre todo, a niveles elevados de desagregación. La propia OCDE reconoció pronto que existían variables que no satisfacían totalmente los criterios de consistencia que permitan asegurar una comparabilidad satisfactoria, reconociendo la dificultad de establecer y consensuar criterios y homologaciones en la presentación de la base de datos.

En respuesta a estos retos, y tras el dilatado proceso de elaboración citado anteriormente, en 2000 tuvo lugar la publicación de la versión 1.0 del Manual del Sistema de Cuentas de la Salud.

En síntesis, se podría definir el SCS como un modelo de información para la recogida de datos internacionales que permite presentar, en un formato normalizado y homogéneo, la financiación y el gasto en sistemas de salud con modelos de organización muy diversos.

El Manual del SCS plantea tres preguntas claves sobre la actividad económica del sector salud: *¿De dónde proviene el dinero? ¿Adónde va el dinero? y ¿Qué tipo de servicios se ofrecen y qué tipo de bienes se compran?*

Tres preguntas, tres dimensiones, que tienen su clasificación específica en la Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud (International Classification for Health Accounts, ICHA) contemplada en el modelo: ICHA-HC, Funciones de los servicios sanitarios. ICHA-HP, Proveedores de servicios sanitarios. ICHA-HF, Financiadores de los servicios sanitarios (ver Anexo I).

Del mismo modo que Contabilidad Nacional basa su análisis estadístico en el flujo circular de la renta, mediante un sistema estructurado en tres magnitudes —**Producción, Gasto y Renta**— cuya una identidad contable asegura la coherencia y exhaustividad del sistema, la aplicación del SCS permite identificar los flujos monetarios que se generan en las actividades de atención de la salud, clasificándolos por funciones, proveedores y fuentes de financiación y verificando la identidad básica entre las magnitudes del Sistema:

$$\text{PROVEEDORES} = \text{FUNCIONES} = \text{FINANCIACIÓN}$$

Es de destacar, dado que supone un muy importante refinamiento del análisis posible, la introducción a un segundo nivel de desagregación de la clasificación funcional, los denominados «modos de producción», esto es, la forma en que los servicios se prestan. Los modos contemplados son: internamiento, ambulatorio, de día y domiciliario.

Los datos del gasto son recogidos básicamente en tres tablas de doble entrada que constituyen el núcleo fundamental del SCS, aunque el manual establece otra serie de tablas que aun no han sido objeto de desarrollo y cumplimentación por los diferentes países implicados en el proyecto ⁷: Funciones-Proveedores (HCxHP) Proveedores-Financiadores (HPxHF) y Funciones-Financiadores (HCxHF).

2.2. Avances: Cuestionario Conjunto EUROSTAT, OCDE, OMS y Propuesta CE de Reglamento de estadísticas de salud pública

En septiembre de 2005, en la reunión anual de la OCDE, institucionalizada tras la publicación del Manual, se aprobó la recogida unificada de datos de gasto sanitario por parte de la OCDE, EUROSTAT (Dirección General de Estadísticas de la Comisión Europea) y OMS (Organización Mundial de la Salud), de tal modo, que los tres organismos asumen la adopción del sistema SCS y la ICHA, para que, a partir de 2006, la información sobre gasto sanitario que se remita sea la misma para los tres organismos y toda ella adaptada al SCS de cara a hacerla totalmente comparable entre los países miembros de estas organizaciones.

La meta más importante de esta colaboración entre la OCDE, EUROSTAT y la OMS es, además de simplificar el trabajo de recogida de datos por parte de los organismos nacionales

responsables, promover un esfuerzo común en esta dirección que contribuya a reforzar el uso de estándares y de definiciones internacionales.

Finalmente cabe citar una importante iniciativa que afectará sin duda a la extensión normalizada del SCS en la Europa Comunitaria: el 7 de febrero de 2007 fue presentada, por la Comisión de las Comunidades Europeas, al Parlamento Europeo una Propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo sobre Estadísticas Comunitarias de Salud Pública y de Salud y Seguridad en el trabajo, que define el marco para las estadísticas sanitarias. Cita expresamente como incluidos en este campo los «gastos y financiación de la asistencia sanitaria», especifica que «el conjunto de datos se establecerá de acuerdo con la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud de la OCDE» y establece que el suministro de información de este tipo tendrá carácter anual.

3. Cuentas Satélites y Sistema de Cuentas de la Salud en España

En la actual agenda de la política sanitaria en España existen distintos ámbitos de aplicación de las Cuentas de Salud a la formulación de determinadas actuaciones. Así, en un ámbito macroeconómico, podrían citarse las garantías de equidad y suficiencia financiera del SNS, que difícilmente pueden instrumentarse sin una valoración homogénea y un marco común de los gastos y prestaciones de carácter sanitario de las CCAA. Otros ejemplos se encuentran en aspectos concretos de la planificación de prestaciones, que debe considerar la complementariedad de los recursos públicos y privados. La cobertura de la salud bucodental o los cuidados de larga duración a población dependiente son temas para los que las cifras de gasto privado por funciones ofrecen una valiosa información de referencia.

La información estadística sobre gasto sanitario elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, no siempre ha ofrecido los requisitos de adecuación ⁸ que ahora reseñamos. Y, quizás, tampoco se instrumentaban actuaciones de política sanitaria similares a las citadas. Todo ha evolucionado: las Cuentas que permiten medir el gasto generado en el SNS y el propio Sistema.

En España contamos con una serie homogeneizada de gasto sanitario público previa a la transición democrática, que se inicia en 1960. Su elaboración arranca en 1988 con un trabajo, auspiciado por el Instituto de Estudios Fiscales (IEF) ⁹, publicado en 1992, que recoge el análisis del gasto sanitario público correspondiente al período 1960-1987 con un enfoque de Cuentas Satélite. La segunda etapa (gasto del período 1988-1993) es fruto de un Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Prof. Barea ¹⁰. En este trabajo, se revisó la serie anterior y se plasma la metodología utilizada.

Finalmente, el Ministerio de Sanidad y Consumo asume la producción de la estadística, elaborando los datos correspondientes a 1994-1999 y revisando los correspondientes a 1988-1993, pero sobre todo sentando las bases para su continuidad mediante la normalización tanto del punto de vista metodológico como administrativo. A partir de 2000, la *Estadística del Gasto Sanitario Público* (EGSP) queda incluida en el Plan Estadístico Nacional Público —operación 54012—, con la denominación de **Cuentas Satélites del Gasto Sanitario**

Público, con los objetivos de obtener la cifra agregada de gasto público en sanidad, su clasificación por agregados de contabilidad nacional, su clasificación económica, funcional y por sectores de gasto, acomodándose al proceso de descentralización autonómica y la aproximación a las Cuentas de Salud de OCDE a raíz de la publicación del Manual.

Desde el año 2000 la EGSP, se actualiza anualmente, en formato papel, CD o en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo y sus resultados, territorializados desde 1995, se han consolidado como fuente de datos para Eco-Salud. (OCDE).

3.1. Condicionantes de la medición del gasto en el Sistema Nacional de Salud

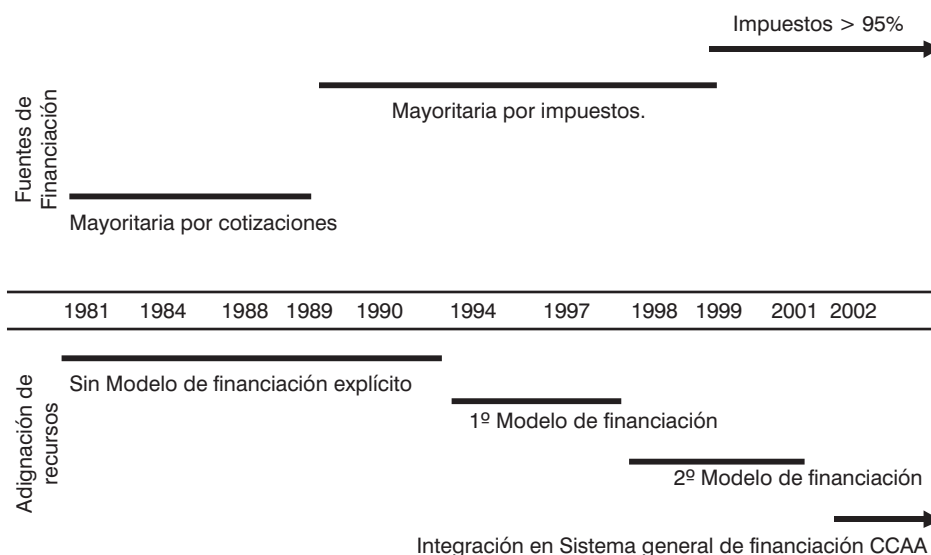
La transición de nuestro modelo sanitario desde un sistema de seguridad social hacia un sistema universal, no ha sido un proceso simple, y algunos hitos del mismo son referencia obligada para analizar la implantación del SCS y las estadísticas sobre gasto sanitario en general, en nuestro país.

El reconocimiento del derecho a la salud como derecho inherente a todos los ciudadanos que recoge el texto de la Constitución Española (CE) de 1979 (artículo 43) y la configuración del Estado como un Estado de las Autonomías a las que se atribuye la responsabilidad de gestionar una serie de funciones básicas, entre la que se encuentra la sanidad, suponen un cambio radical en el modelo de prestación de asistencia sanitaria de la etapa pre-constitucional, un modelo «*bismarkiano*» de carácter laboral, basado en la financiación vía cotizaciones de la Seguridad Social y en el cual el acceso a las prestaciones sanitarias tiene dos requisitos previos: afiliación y cotización.

La creación de una Entidad Gestora de la asistencia sanitaria (Instituto Nacional de la Salud, INSALUD) en 1978, permitió acotar el ámbito de regulación sanitaria, facilitando, en alguna medida, la introducción de los cambios exigidos por la Constitución. Desgajar formalmente la asistencia sanitaria del ámbito de la SS, fue una de las fases más arduas de la transición del SNS. Pese a las crecientes aportaciones financieras del Estado, inicialmente destinadas a enjugar las crecientes deudas del INSALUD y más adelante como aportaciones finalistas, y pese a que ya en 1999, las cotizaciones sociales eran marginales en la financiación de las prestaciones sanitarias, el Presupuesto de la Entidad figuró en los Presupuestos de la Seguridad Social hasta el año 2002.

La financiación y la asignación de recursos en el SNS atravesaron pues un período de transición dilatado y complejo, tanto por el cambio en la naturaleza económica de los recursos como por la situación diferenciada de tal esquema en el sistema de financiación pública de la época (Figura 1).

Desde 1981 hasta 1994 el esquema financiero de la sanidad pública no funcionó con un modelo definido explícitamente. De 1994 a 2002 existieron dos modelos que regularon específicamente —Modelos finalistas— la financiación sanitaria. Como características relevantes de ambos modelos, cabe señalar que la financiación sanitaria seguía figurando en el marco presupuestario de la Seguridad Social, que la evolución de los recursos estaba ligada al creci-

Figura 1. Sistema Nacional de Salud (SNS). Fuentes de financiación/Asignación de recursos

miento de la economía del país (incremento del PIB) y que la asignación territorial de recursos se realizaba a través de los porcentajes de población protegida.

El proceso de descentralización territorial del SNS, se inició antes de que la Ley General de Sanidad (LEGSA) definiese formalmente el modelo administrativo de la sanidad española y se dilató durante 21 años —entre 1981 y 2002— lo que supuso serios retos para la elaboración estadística del gasto generado en el SNS durante el período.

Los requerimientos de información económica se dirigieron durante mucho tiempo a un sistema sanitario sumamente concentrado en el que el antiguo INSALUD se hacía cargo de la asistencia sanitaria de una proporción cada vez menor, pero aun así importante, de la población española. Esto significaba que una parte significativa de los datos estadísticos provenía de una misma fuente de información, lo que garantizaba su consistencia y comparabilidad. La financiación también estaba centralizada, lo que implicaba que los recursos empleados en los servicios de salud provenían en su mayoría de los fondos estatales, si bien transferencias en cascada obligaban a realizar un arduo recorrido para evitar dobles contabilizaciones e imputar el gasto al último agente proveedor de los servicios.

Estas y otras modificaciones legales registradas más recientemente, han afectado profundamente al planteamiento inicial de las Cuentas Satélite (EGSP). Así, el cierre del proceso transferencial mediante los Reales Decretos 1471 a 1480/2001, de 27 de diciembre, que obligó a redefinir el ámbito sectorial de la EGSP.

El nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas aprobado por Ley 21/2001, de 27 de diciembre, incorpora la sanidad al esquema general de la financiación de

las comunidades y, al atribuir a las mismas tanto la competencia de la financiación como del gasto en salud, elimina la mayor parte de los flujos financieros preexistentes en el SNS.

Por último, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC) que redefine los ámbitos de colaboración de la AAPP así como los servicios y prestaciones del SNS, obliga a adaptar el enfoque funcional de la EGSP a las prestaciones que la Ley define.

3.2. De la Estadística del Gasto Sanitario Público al Sistema de cuentas de Salud

Expuestos brevemente el contexto metodológico y antecedentes de SCS de la OCDE, por una parte, y por otra los distintos escenarios en los que se genera y registra el gasto sanitario en España, cabe ahora analizar cómo ha desarrollado la Administración Pública la tarea estadística de medición de dicha magnitud y cuales han sido sus referentes metodológicos al afrontar los retos de la comparabilidad internacional de la EGSP y su convergencia al SCS europeo.

En primer lugar abordamos la descripción conceptual de la EGSP, sus diferencias y similitudes con el SCS, y el actual proceso de acercamiento entre ambos enfoques, una tarea prioritaria para la administración sanitaria iniciada en 2001, año en que se celebró en la sede del Ministerio de Sanidad y Consumo un «Seminario sobre implantación en España del Sistema de Cuentas de Salud» con participación de representantes de OCDE, EUROSTAT, INE, CCAA y otros órganos administrativos en el que se presentó el contenido del manual ¹¹.

La metodología de elaboración de las Cuentas Satélite, base de la EGSP, se encuentra actualizada en la versión de la EGSP, 2006 que publicó el Ministerio de Sanidad y Consumo ¹². Los detalles de su marco conceptual y sistemática de elaboración son referentes obligados para profundizar en este tema. Aquí solo cabe resaltar algunos aspectos que facilitan la comprensión de la EGSP y la comparación entre los marcos EGSP y SCS.

Es fundamental destacar la pertinencia de EGSP como fuente de información sobre el gasto sanitario en España. Dos ejemplos significativos de datos que proporciona exclusivamente la EGSP, son los relativos a la estructura de costes de la producción pública y los que permiten obtener el peso de la provisión pública/privada en el SNS. Esto significa que se contemplan EGSP y SCS como dos realidades valiosas en sí mismas, con un alto grado de complementariedad al proyectarse sobre un mismo campo de análisis. Además del soporte en cuanto a fuentes estadísticas, el grado de desarrollo previo de la EGSP en España, supone contar con una «cultura de cuentas de salud» que facilita la implantación del SCS.

A la inversa, EGSP ha recibido aportaciones intangibles de su acercamiento a SCS. En alguna medida, se ha despegado de su inercia por «contar» para medir las magnitudes, para pasar a «estimar». La querencia hacia uno y otro modo de hacer se explican por las fuentes estadísticas que nutren cada sistema, EGSP basada fundamentalmente en los rígidos márgenes de la documentación presupuestaria domina el arte de sumar y restar, mientras que SCS

por estar basada en fuentes muy diversas, asume con naturalidad el proceso de calcular magnitudes mediante la estimación.

La similitud básica reside en que ambos sistemas de información económica tienen una orientación basada conceptualmente en CN y contemplan el objetivo a medir desde una perspectiva dinámica de flujos cerrados que verifique la identidad: $\text{Producción}=\text{Gasto}=\text{Renta}$. EGSP, tiene al igual que SCS, un carácter tridimensional, si bien los ejes sobre los que pivotan se definen de forma diferente, por cuanto las clasificaciones sobre las que se sustentan son también diferentes.

La triple clasificación de EGSP ofrece para cada sector, subsector o agente de gasto (*Clasificación institucional*), información sobre el empleo de los recursos en la producción, y los costes asociados a la misma cuando dicha producción se genera en el sector de no mercado (*Clasificación económica*) y detalla el destino de los recursos, tanto los producidos en el sector de no mercado como de los adquiridos en el sector de mercado (*Clasificación funcional*).

Para estimar el gasto total, EGSP se basa en el análisis de la demanda final, medida a través del gasto que realizan los distintos sectores institucionales bien sea para financiar los costes de la prestación sanitaria directa o bien para financiar, mediante su adquisición, la producida por otros agentes (los hospitales públicos y los conciertos con proveedores privados son ejemplos clásicos de uno y otro registro).

El proceso de agregación de gastos de agentes y sectores, mediante la elaboración de la correspondiente matriz, genera información que permite conocer los flujos de financiación existentes entre sectores.

A partir de esta esquemática descripción del método en EGSP, es posible analizar las diferencias con SCS trazando dos líneas de frontera en torno a dos cuestiones básicas respecto al gasto que se trata de cuantificar. La primera frontera se refiere a las Instituciones que realizan dichos gastos: SCS es omnicompreensivo, contempla la totalidad del gasto sanitario de cada país, ya sea financiado con recursos públicos o privados. EGSP es más restrictiva al registrar solo el gasto financiado públicamente.

La segunda frontera separa las funciones consideradas sanitarias en uno y otro ámbito. SCS, también aquí más amplio, recoge actividades tales como salud laboral y medioambiental, además de postular la contabilización, como gasto en salud, del gasto de carácter sanitario realizado por las instituciones de servicios sociales, no contempladas en EGSP. Esta en cambio amplía su frontera, traspasando también límites de CN, para dar cabida a las actividades de formación y de investigación sanitarias, contempladas sólo como funciones relacionadas con la salud en el marco SCS.

Además de estos espacios funcionales o institucionales que marcan límites de análisis diferentes en EGSP y SCS, existen divergencias en el ámbito conceptual y en la armonización de clasificaciones, por ejemplo los modos de producción, y los servicios auxiliares exigen en SCS un mayor grado de desagregación que el recogido en EGSP. La EGSP por su parte no recoge la identificación de proveedores ni, por su naturaleza, entra en la separación entre financiación pública y privada de los servicios sanitarios.

Los ajustes en fronteras son, por consiguiente, el eje del proyecto de implantación del SCS en España. Las etapas del proyecto se corresponden con el ajuste y armonización de las clasificaciones, cuyo objetivo, ya logrado, es la presentación de la EGSP en términos SCS. La segunda fase, está orientada a la ardua tarea, por cuánto tropieza con la especificidad de nuestro modelo asistencial, de reconsiderar las funciones asistenciales —por ejemplo, la atención primaria desarrolla funciones preventivas difícilmente separables de las curativas— los modos de producción —especialmente la cuantificación de la atención ambulatoria especializada dentro del contínuum de la atención hospitalaria— y la ampliación de las fronteras funcionales —donde, también como ejemplo, no existen mediciones del gasto en servicios sociales que permitan una clara delimitación de su componente sanitario. Finalmente, la tercera etapa busca la expresión del Gasto Sanitario Total, mediante la ampliación de la frontera institucional, introduciendo el gasto de los hogares y de las Instituciones sin Fines de Lucro al servicio de los Hogares (ISFLSH) en términos coherentes con la EGSP.

La Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Consumo es la Unidad que formalmente desarrolla las funciones de elaboración anual de la EGSP y suministra la información sobre gasto sanitario, adaptada al formato del SCS, a los Organismos Internacionales, asumiendo la representación institucional en los Grupos de Trabajo creados por dichos organismos, con una participación muy activa en los mismos.

Estas tareas se abordan con una doble estrategia: 1) De arriba hacia abajo (Top-Down): Consiste en actuar centralizadamente sobre los datos EGSP y desagregar funciones proveedores y financiadores utilizando en la estimación los ratios, y parámetros de las CC AA, o de otras fuentes estadísticas. Los resultados obtenidos son muy validos para la cumplimentación de cuestionarios internacionales 2) De abajo hacia arriba (Bottom-up): Se fundamenta en la consolidación de los SCS elaborados para cada uno de los sectores de gasto. Permite que las CC AA incorporen sus fuentes de datos específicas, con estimaciones más consistentes y posibilita el análisis comparativo entre CCAA.

El Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario encuadrado en la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS, reúne a representantes de la Administración Central, CCAA, Mutualidades de funcionarios y Corporaciones Locales y tiene entre sus objetivos, la elaboración de SCS a partir de EGSP, para lo cual, además de las fuentes estadísticas propias de EGSP, define y procesa una encuesta específica con objeto de conocer la distribución del gasto por funciones, modos de producción y proveedores (enfoque Bottom-up). Incorpora además los resultados de la Estadística de Establecimientos Sanitarios (ESCRI), los obtenidos por el Grupo de Contabilidad Analítica de Hospitales, también encuadrado en la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS y los de la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), para el tratamiento del gasto privado (enfoque Top-Down).

Ambas opciones de trabajo se complementan y apoyan. El resultado es muy alentador por cuanto ha permitido implementar las tablas SCS de 2002 a 2005. Las correspondientes a este último año, se ofrecen en el anexo 2.

Anexo 1. Las Clasificaciones del SCS

Funciones ICHA-HC: Clasificación funcional

Las funciones centrales se clasifican en los siguientes epígrafes (con sus primeros dígitos de clasificación):

- BIENES Y SERVICIOS SANITARIOS INDIVIDUALES, proporcionados directamente a las personas mediante:

HC1 Servicios curativos

HC2 Servicios de rehabilitación

HC3 Servicios de larga duración

Para estas rubricas, HC 1, HC 2 y HC 3, el SCS define cuatro modos de producción o formulas de atención: (y suponen la apertura de un segundo nivel de análisis): régimen interno, régimen de día, ambulatoria y a domicilio.

HC4 Servicios auxiliares

HC5 Bienes médicos dispensados a pacientes externos

- SERVICIOS SANITARIOS COLECTIVOS: Cubren las tareas comúnmente designadas como Salud Publica, clasificándolas en:

HC.6 - Servicios de prevención y salud pública

HC.7 - Administración y aseguramiento sanitario

- FUNCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD: Contienen elementos que inciden en otras actividades económicas como investigación y formación, y formación de capital.

PROVEEDORES DE SERVICIOS SANITARIOS ICHA-HP: Clasificación por proveedores

Recoge las distintas ramas de actividad económica que son proveedoras de servicios sanitarios ordenando la gran variedad de instituciones existentes de forma que se pueda establecer correspondencia con los datos de consumo:

HP1 Hospitales

HP2 Residencias de larga estancia y enfermería

HP3 Proveedores de servicios sanitarios ambulatorios

HP4 Proveedores minoristas de bienes médicos

HP5 Provisión y administración de programas de salud pública

HP6 Administración sanitaria y aseguramiento

HP7 Otras industrias (resto de la economía)

HP9 Resto del mundo

FINANCIADORES ICHA-HF: Clasificación por fuentes de financiación

Basada en la clásica definición de Instituciones de la economía en términos de Contabilidad Nacional.

HF.1 Administraciones públicas

HF.1.1 Administraciones Públicas (No S.S.)

HF.1.2 Administraciones de la Seguridad Social

HF.2 Sector privado

HF.2.1 Seguros sociales privados

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

HF.2.3 Pagos directos de los hogares

HF.2.3.1 Pagos directos, excluidos los costes compartidos

HF.2.3.2 Costes compartidos: administración central

HF.2.3.3 Costes compartidos: administraciones regionales/provinciales

HF.2.3.4 Costes compartidos: administraciones locales/municipales

HF.2.3.5 Costes compartidos: administraciones de seguridad social

HF.2.3.6 Costes compartidos: seguros sociales privados

HF.2.3.7 Costes compartidos: otros seguros privados

HF.2.3.9 Los demás costes compartidos

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

HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos)

HF.3 Resto del mundo

Anexo 2. Tablas básicas del SCS, 2005

Tabla 1
Clasificación por funciones y proveedores-2005

Funciones	Proveedores									Gasto total HP.1-HP.9
	HP.1 Hospitales	HP.2 Establecimientos de atención medicada y residencial	HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	HP.7 Las demás ramas de la actividad (resto de la economía)	Resto del mundo	HP.9	
HC.1; HC.2	23.412,1	18.043,3	18.043,3			233,1	0,3		41.688,8	
HC.3	1.256,1	3.058,8	627,8			0,1			4.942,8	
HC.4	2.187,1	1.396,9	1.396,9			58,1			3.642,1	
HC.5	1.278,4		93,9	17.346,6			0,0		18.718,8	
HC.6	0,1	153,8			695,9	15,4	4,1		912,2	
HC.7						2.500,6	0,1		2.502,6	
	28.133,7	3.058,8	20.315,7	17.346,6	695,9	2.515,9	334,4	6,4	72.407,4	
	Gasto total HC.1-HC.9									
HC.R.1	1.568,6	38,6	385,3		14,0	249,9	61,8		2.318,3	
Total bienes y servicios médicos, incluida formación de capital	29.702,3	3.097,4	20.701,0	17.346,6	709,9	2.765,8	396,2	6,4	74.725,6	
HC.R.2	Educación y formación del personal sanitario									
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud									
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas									
			255,7						255,7	
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo									
					15.571,2				15.571,2	

Tabla 2
Clasificación por proveedores y financiadores-2005

Funciones	Proveedores									Gasto total HP.1-HP.9
	HP.1 Hospitales	HP.2 Establecimientos de atención medicada y residencial	HP.3 Proveedores de atención ambulatoria	HP.4 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública	HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos	HP.7 Las demás ramas de la actividad (resto de la economía)	HP.8 Resto del mundo	HP.9	
HF.1 Administraciones públicas	26.193,7	2.095,5	9.899,8	11.150,6	598,1	1.152,3	330,8	6,4	51.427,3	
HF.1.1 Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social	25.391,9	2.049,2	8.199,3	10.653,6	598,1	864,9	269,6	6,0	48.032,7	
HF.1.1.1 Administración central	203,0		80,3		72,0	49,1		6,0	410,5	
HF.1.1.2 Administraciones regionales/provinciales	24.646,2	2.049,2	7.788,4	10.653,6	516,3	815,8	269,6		46.739,2	
HF.1.1.3 Administraciones locales/municipales	542,7		330,6		9,8				883,0	
HF.1.2 Administraciones de seguridad social	801,9	46,3	1.700,5	497,0		287,4	61,3	0,3	3.394,5	
HF.2 Sector privado	1.939,9	963,3	10.415,9	6.196,0	97,8	1.363,7	3,6		20.980,1	
HF.2.2 Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	938,5		2.492,0	24,5		1.363,7			4.818,6	
HF.2.3 Pagos directos de los hogares	953,7	963,3	7.520,4	6.171,5			3,6		15.612,5	
HF.2.4 Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	47,7		403,5		97,8				549,0	
Gasto total HF.1-HF.3	28.133,7	3.058,8	20.315,7	17.346,6	695,9	2.515,9	334,4	6,4	72.407,4	

Tabla 3
Clasificación por funciones y financiadores-2005

Funciones	Agentes financieros	Administraciones							HF.2.5			
		HF.1	HF.1.1	HF.1.1.1	HF.1.1.2	HF.1.1.3	HF.1.2	HF.2				
	Administraciones públicas	Administraciones públicas excluidas de seguridad social	Administración central	Administraciones regionales	Administraciones locales/municipales	Administraciones de seguridad social	Sector privado	Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares	Sociedades (excepto seguros médicos)	Gasto total HF.1-HF.3	
HC.1: HC.2	Servicios curativos y de rehabilitación	29.919,1	28.119,3	255,8	27.073,5	789,9	1.799,8	11.769,8	3.168,8	8.162,1	438,9	41.688,8
HC.3	Servicios sanitarios de larga duración	3.841,4	3.413,0		3.413,0		428,4	1.101,4		1.101,4		4.942,8
HC.4	Servicios auxiliares	3.190,6	2.899,6	17,2	2.830,4	52,1	291,0	451,5	261,7	177,4	12,4	3.642,1
HC.5	Productos farmacéuticos y terapéuticos	12.522,9	11.977,5	10,3	11.935,9	31,3	545,4	6.196,0	24,5	6.171,5		18.718,8
HC.6	Servicios de prevención y salud pública	814,4	756,4	76,1	670,5	9,8	58,0	97,8			97,8	912,2
HC.7	Administración de salud y seguros médicos	1.139,0	866,9	51,1	815,8		272,1	1.363,7	1.363,7			2.502,6
	Gasto total HC.1-HC.9	51.427,3	48.032,7	410,5	46.739,2	883,0	3.394,5	20.980,1	4.818,6	15.612,5	549,0	72.407,4
HC.R.1	Formación de capital de las instituciones proveedoras de atención de la salud	1.954,9	1.814,8	41,9	1.770,2	2,7	140,1	363,3			55,2	2.318,3
	Total bienes y servicios médicos, incluida formación de capital	53.382,2	49.847,5	452,5	48.509,3	885,7	3.534,7	21.343,4	4.818,6	15.612,5	604,2	74.725,6
HC.R.2	Educación y formación del personal sanitario	21,5	21,5	11,1	10,5							21,5
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	306,7	306,7	206,6	100,0							306,7
HC.R.6	Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	255,7	242,0		242,0		13,7					255,7
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	15.571,2					15.571,2					15.571,2

Notas

1. OCDE (2000): «A System of Health Accounts» Versión 1.0. Versión española «Sistema de Cuentas de Salud», OCDE - Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.
2. OECD (2007): *Health at a Glance 2007-OCDE Indicators*.
3. Bengoa, Rafael (1998): *Tendencias recientes y reformas de los Sistemas de Salud. Mercados internos con competencia y sin competencia y los Sistemas Integrados de Salud*, Anales del Sistema Sanitario de Navarra.
4. Cuentas Satélite, Modelo de Harvard, Contabilidad Nacional - Sistema Europeo de Cuentas, SESPROSS, han sido los más utilizados.
5. Stone, Richard y Giovanna (1969): *Renta Nacional, contabilidad social y modelos económicos*, Oikos-Tau Ediciones.
6. La Revisión de 1993 del Sistema de Cuentas Nacionales de las Naciones Unidas (SCN 93) —que adoptó, en el espacio europeo, la forma del SEC-95, aprobado con fecha 25 de junio de 1996 en forma de Reglamento vinculante para todos los Estados miembros— hace referencia frecuente a problemas estadísticos específicos de los sistemas de salud e incluye un capítulo especial sobre las cuentas satélites de orientación funcional, como marco general para una cuenta satélite de salud. La realización de cuentas satélite relativas al medio ambiente, la agricultura, la producción de los hogares y el turismo en varios países ha promovido el proceso de resolución de dudas metodológicas relacionadas con las cuentas satélite en general.
7. La elección de categorías en las tres clasificaciones de la ICHA fue guiada por su pertinencia para aspectos de la política y las reformas sanitarias, particularmente para el seguimiento de los cambios estructurales, como el paso de la atención hospitalaria hacia una atención ambulatoria, o el incremento de la participación de proveedores multifuncionales en los sistemas nacionales de salud.
8. El tratamiento homogéneo de las cifras de gasto sanitario privado es muy reciente. La primera integración de cifras se realizó en Relaño Toledano, Jorge Juan y García Calatayud, María Luisa, *La armonización internacional de las estadísticas de gasto sanitario. Sistemas de cuentas de salud en España*, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
9. Barea Tejeiro, José y otros (1992): *Análisis de los gastos públicos en Sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*, Instituto de Estudios Fiscales.
10. «Documento normalización estadística». Datos no publicados.
11. Como consecuencia del seminario, en el seno de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS se creó un Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (GTGS-CI) cuyo objetivo principal es establecer los criterios y mecanismos para implantar en España la metodología del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE, a partir de los procedimientos establecidos para la EGSP.
12. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público (Datos hasta 2004 y avance 2005) disponible en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2004/EGSP2004Metodologia.pdf>

