

Evaluación
Económica

La Armonización Internacional de las Estadísticas de Gastos Sanitario: Sistema de Cuentas de Salud en España



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA
GENERAL DE SANIDAD

D.G. DE COHESIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD Y ALTA
INSPECCIÓN

LA ARMONIZACIÓN INTERNACIONAL DE LAS ESTADÍSTICAS DE GASTO SANITARIO: SISTEMA DE CUENTAS DE SALUD EN ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud
Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión

UNIDAD RESPONSABLE

Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión.
Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección.
Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

EQUIPO DE TRABAJO

Jorge Juan Relaño Toledano: Subdirector General.
María Luisa García Calatayud: Consejera Técnica



Edita y distribuye
© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
CENTRO DE PUBLICACIONES
Paseo del Prado, 18 - 24014 Madrid
NIPO: 351-04-029-7
D. L.: M-17.542-2005
Imprime: FER/EDIGRAFOS

PRÓLOGO

La armonización de los sistemas de información sobre gasto sanitario se encuentra en estos momentos en todas las agendas de los organismos internacionales (Eurostat, OECD, OMS....), con la prioridad que aporta la constatación de que el conocimiento de los sistemas sanitarios, la evaluación de su eficiencia y la necesidad de diseñar estrategias que soporten la sostenibilidad financiera del mismo, se basa en la disponibilidad de unas estadísticas económico-financieras fiables y homogéneas.

El acercamiento que OCDE y Eurostat han realizado mediante el Manual de Sistemas de Cuentas de la Salud a la sistematización y comparabilidad de los datos de gasto en salud ha supuesto un punto de partida para que los países miembros de ambos organismos inicien la armonización y convergencia de sus sistemas de información.

Desde este Departamento se impulsan y fomentan los objetivos de los citados Organismos Internacionales en el ámbito de la armonización internacional de las estadísticas de gasto.

Por tanto, es para mí un motivo de satisfacción presentar la aportación española a los trabajos de puesta en marcha de los nuevos sistemas de cuentas de la salud, que se están llevando a cabo en el seno de la OCDE y de la UE.

Elena Salgado
Ministra de Sanidad y Consumo

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

I. PRESENTACIÓN DEL SISTEMA DE CUENTAS DE LA SALUD (SCS) DE OCDE

1. Las estadísticas sobre gasto sanitario: ámbito nacional e internacional
2. El Sistema de Cuentas de la Salud de OCDE
 - 2.1. Aspectos básicos
 - 2.2. El concepto de atención de salud en el SCS
 - 2.3. Clasificaciones SCS
 - 2.4. Tablas normalizadas
3. Acercamiento al SCS en España
4. Análisis comparativo: resultados internacionales

II. CUENTAS DE LA SALUD (SCS) EN TRECE PAÍSES DE LA OCDE: ESPAÑA. CUENTAS NACIONALES DE SALUD 2001

1. Introducción
2. Comentarios previos
3. Resumen de datos sobre gasto sanitario
4. Gasto corriente en salud por proveedor y agente financiador (Tabla 3 SCS)
5. Gasto corriente en salud por funciones y agente financiador (Tabla 4 SCS)
6. Conclusiones

Anexo 1: Metodología

Fuentes y métodos

Estado actual de la implementación del SCS

Anexo 2: Tablas

Anexo 3: Tablas SCS. España 2001

Anexo 4: Clasificaciones ICHA

PRESENTACIÓN

Esta publicación tiene como finalidad la presentación del trabajo que sobre la implementación en España del Sistema de Cuentas de la Salud (SCS) ha editado la OCDE como parte de un estudio comparativo de trece países (Alemania, Australia, Canadá, Corea, Dinamarca, España, Hungría, Japón, Méjico, Países Bajos, Polonia, Suiza y Turquía). La Unidad de Política Sanitaria de OCDE, junto con expertos de los trece países que han participado en el estudio, ha presentado los primeros resultados de la aplicación práctica de las indicaciones y clasificaciones que establece el Manual del Sistema de Cuentas de la Salud.

Con este estudio, la OCDE da un paso más en el camino de la armonización internacional en el campo de las cuentas económicas de la salud, mediante la puesta en práctica de las recomendaciones del manual SCS, con el fin de proporcionar una fuente de datos coherentes y comparables de los países miembros. Por el momento han sido trece los que se han sumado al proyecto, que tiene vocación bienal, si bien se espera que en la próxima etapa del proyecto otros países se sumen al mismo.

El apoyo de este Departamento a la estrategia de los citados Organismos en pro de la armonización de las estadísticas de gasto sanitario se materializa en la participación de sus técnicos en las reuniones y grupos de trabajo que llevan a cabo la implantación de los nuevos sistemas contables y estadísticos que han dado su fruto en el estudio que se presenta en esta publicación.

Conviene resaltar, al igual que lo hace el estudio, que si bien las secciones analíticas del estudio, pueden interesar a políticos y gestores, investigadores, analistas, expertos en economía de la salud y contables, los capítulos dedicados a los aspectos metodológicos y los cuadros detallados van dirigidos, principalmente, a expertos e investigadores.

Agradecemos la participación de todos los que han hecho posible este trabajo, en especial a los expertos de las Comunidades Autónomas a través del Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS.

Fernando Lamata Cotanda
Secretario General de Sanidad

Alfonso Jiménez Palacios
Director General de Cohesión
del SNS y Alta Inspección

I. PRESENTACIÓN DEL SISTEMA DE CUENTAS DE LA SALUD (SCS) DE OCDE

1. LAS ESTADÍSTICAS DE GASTO SANITARIO: ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

El objetivo final de esta publicación es dar a conocer las cifras españolas de gasto sanitario en términos de SCS, así como el análisis que de las mismas se realiza en el estudio de la OCDE¹ citado en la presentación, y que forma parte de un estudio comparativo realizado por este Organismo sobre trece países². Pero antes de reproducir el texto íntegro del mencionado trabajo se considera necesario exponer las bases metodológicas y el marco analítico que el Sistema de Cuentas de Salud establece, por lo que los primeros capítulos del trabajo van destinados a presentar las características más importantes del nuevo sistema de cuentas.

Como referencia para valorar la importancia que en el futuro va a adquirir el manual de SCS conviene recordar que la reunión de los ministros de Sanidad de la OCDE, de mayo de 2004, puso especial énfasis en la necesidad de que los países miembros llevaran a cabo la implementación de SCS estableciéndolo como punto clave del programa de trabajo de la OCDE en temas de salud en los años próximos.

Asimismo EUROSTAT ha aprobado la estrategia de que los Estados miembros de la EU reporten sus datos de gasto sanitario —a partir del año 2005— bajo la metodología SCS y en referencia a las cifras del año 2002.

Al igual que la importancia económica y social del sector sanitario está fuera de toda duda, es unánime el convencimiento de que una información de calidad y con un nivel de detalle adecuado es necesaria para analizar el funcionamiento del sistema, evaluar las necesidades de reforma del mismo y medir, en su caso, el impacto de las posibles reformas a emprender.

Los países, por tanto, han avanzado en el diseño de sistemas de información que le permitan conocer la evolución y estructura de un sector que esta siendo sometido a continuas presiones no sólo por el envejecimiento de la población, sino también por otros factores de incremento de la demanda y por los avances tecnológicos. Los recursos son escasos y por tanto es esencial que las decisiones de gasto, gasto sanitario en nuestro caso, se realicen sobre una base de información económica sobre la que ponderar y valorar el resto de los aspectos clave de la política sanitaria: equidad, peso del sector sanitario privado, esfuerzo económico del país en el sector —medido a través del porcentaje de gasto sobre el PIB— y ritmo de crecimiento del gasto.

¹ SHA-Based Health Accounts in Thirteen OECD Countries: Country Studies. Spain National Health Accounts 2001. Jorge Relaño Toledano and María Luisa García Calatayud. Health Technical Papers.

² SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A comparative analysis. Eva Orosz and David Morgan. OECD Health Working Papers. Disponibles en la página web de la OCDE :www.oecd.org.

Las respuestas de los distintos países a la necesidad de información sobre el cómo y cuánto se gasta en salud han sido variadas y el enfoque dado por cada una de ellos ha dependido de las prioridades, fuentes estadísticas y marcos metodológicos (Cuentas Satélite, Contabilidad Nacional-Sistema Europeo de Cuentas, SESPROSS...). Las estadísticas son, asimismo, reflejo de las características diferenciadas de los sistemas sanitarios, tanto en su organización, en su financiación y en el diseño de las fronteras que establecen con otros sectores. Por tanto, las estadísticas de gasto a nivel nacional, plantean serios problemas a la hora de realizar comparaciones internacionales y se hace necesario contar con un marco metodológico que asegure la comparabilidad y coherencia de los datos.

La OCDE, a través de su base de datos Eco-Salud, fue pionera en la recogida y sistematización de datos sobre el sector sanitario, haciendo especial hincapié en los datos de gasto y financiación. A partir de 1982 —llevando el comienzo de la serie, cuando fuera posible, a 1960— se inició la recogida y publicación de los datos económicos de gasto del sector. El marco conceptual en el que la OCDE decidió apoyarse para la recogida de datos de gasto fue la Contabilidad Nacional, dado que el Sistema de Cuentas Europeo y el Sistema de Cuentas Nacionales de la ONU proporcionaba un conjunto de definiciones y reglas contables común a todos los países. Pero, la variedad de actores que intervenían en la recogida de los datos, la dificultad de descender en la desagregación de las variables y la falta de unas definiciones precisas y pormenorizadas que abarcaran las distintas realidades de los distintos sistemas sanitarios dificultaban la consistencia y comparabilidad.

Los datos, valiosos en sí mismos, perdían validez, sobre todo, a niveles de desagregación importantes. La propia OCDE reconocía la dificultad de establecer y consensuar criterios y homologaciones en la presentación de la base de datos Eco-Salud de año 2001, señalando que existían variables que no satisfacen totalmente los criterios de consistencia que permitan asegurar una comparabilidad satisfactoria.

Por lo que respecta a los aspectos de gasto y financiación de la base OCDE, el proceso de convergencia y homologación se ha visto impulsado por la publicación del Manual del Sistema de Cuentas de la Salud, que establece un amplio marco de conceptos y normas, señalando de forma clara y precisa cuáles son las fronteras de los conceptos de asistencia sanitaria y salud. A partir de la edición del 2002 Eco-Salud inicia un acercamiento a los esquemas de la SCS y recoge sus datos de acuerdo con la estructura de clasificaciones funcionales y de financiación del Manual.

2. EL SISTEMA DE CUENTAS DE LA SALUD OCDE

2.1. Aspectos básicos

Con la publicación del Manual SCS se culmina un proceso iniciado en 1996, cuando una reunión de expertos en estadísticas de salud (Delegados de los Estados miembros, Organización Mundial de la Salud), reunidos en el seno de la OCDE, analizó los posibles medios para mejorar los datos que sobre gasto y financiación proporcionaba la base de datos anual. En 1997 EUROS-TAT (Oficina Europea de Estadística) incorporó a su agenda la necesidad de un Sistema Europeo de Estadísticas de gasto sanitario. A partir de ese momento, el establecimiento de unos estándares internacionales para las estadísticas en esta materia fue considerado objetivo prioritario tanto para la OCDE como para EUROSTAT.

La principal innovación y el esquema central sobre el que descansa el SCS es la dimensión triaxial sobre la cual se desarrolla la estructura de cuentas y clasificaciones: funciones, proveedores y financiadores que permiten contestar a las tres preguntas claves para conocer un sistema sanitario: ¿qué tipo de servicios se ofrecen?, ¿a dónde va el dinero?, y por último ¿de donde proviene el dinero?

Principales objetivos del Sistema de Cuentas de Salud. SCS

- Sistematizar categorías y marcos para una «Contabilidad Nacional de la Salud».
- Acordar una definición internacional común del concepto de atención de la salud y de las categorías básicas correspondientes.
- Distinguir las funciones esenciales de los servicios de salud de aquellas relacionadas con la salud .
- Establecer una base conceptual de normas de transmisión de datos estadísticos y el diseño de un sistema de cuentas exhaustivas, coherentes y flexibles basado en :
 - Una clasificación internacional de Cuentas de Salud (International Classification for Health Accounts ICHA) que abarca tres dimensiones: Funciones de atención de salud (ICHA-HC), proveedores de servicios sanitarios (ICHA-HP) y agentes financiadores(ICHA-HF).
 - Un conjunto de tablas interrelacionadas que permiten presentar en un formato normalizado los gastos en salud y su financiación.
 - Un marco común para mejorar la comparabilidad de los datos en el tiempo y entre países, a pesar de sus diferentes formas de organizar la atención sanitaria y su financiación.

Junto con estos objetivos contables y estadísticos, el Sistema de Cuentas de la Salud proporciona valiosas herramientas a gestores y responsables políticos de la administración de los sistemas sanitarios: información acerca de los cambios en la composición del gasto, los factores que subyacen en el crecimiento del mismo, y la posibilidad de comparación de los ritmos de crecimiento entre los distintos países.

2.2. El concepto de atención de salud en el SCS

Los límites que el SCS propone para la definición de lo que se considera atención de la salud se marcan desde una óptica funcional, basados en los objetivos o propósitos de la misma, como son la prevención de enfermedades, la promoción de la salud etc. La Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (en adelante ICHA) está apoyada en unos conceptos básicos y en criterios delimitadores que definen el ámbito de la atención de la Salud a efectos del SCS.

Esta delimitación de las fronteras de la atención de la salud es fundamental para elaborar estadísticas de gasto que sean comparables internacionalmente, y que eviten la variabilidad existente en los ámbitos nacionales sobre las definiciones y contenidos de sus sistemas de cuentas de salud³.

Concepto de atención de la salud para el SCS

La atención de la salud es la suma de actividades desempeñadas por instituciones o individuos que persiguen, por medio de la aplicación de conocimientos y tecnologías médicas, paramédicas y de enfermería, los siguientes objetivos:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Curación de enfermedades y reducción de mortalidad prematura.
- Atención a personas que necesiten cuidados de enfermería a causa de enfermedades crónicas.
- Atención a personas que necesiten cuidados de enfermería por impedimentos, discapacidad o minusvalía.
- Asistencia para una muerte digna.
- Provisión y administración de la salud pública.
- Provisión y administración de programas y seguros sanitarios y otros planes de financiación.

³ Sistemas de Cuentas de la Salud. OCDE. Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.

2.3. Clasificaciones SCS

En el marco del sistema triaxial de las clasificaciones SCS —funciones, proveedores y financiadores— el primer eje, el funcional, es el que de alguna manera asegura que la información económica sobre los sistemas sanitarios se asienta sobre unas fronteras ciertas y, por tanto produce datos comparables internacionalmente. (En el Anexo 3 se reproducen con el máximo grado de desarrollo las clasificaciones ICHA).

• Clasificación funcional

El SCS está estructurado sobre un conjunto de funciones centrales que recoge la clasificación funcional (ICHA-HC) y que se integran en tres grandes epígrafes:

1. Bienes y servicios sanitarios individuales, que son aquellos proporcionados directamente a las personas.
2. Los servicios colectivos que cubren las tareas tradicionales de la salud pública, promoción de la salud, administración y aseguramiento.
3. Funciones relacionadas con la salud, que si bien están ligadas a la atención de la salud, contienen elementos que inciden en otras actividades económicas como formación, investigación, salud medioambiental, formación de capital... De todas ellas ésta última es la única que se añade a las demás funciones de atención sanitaria para el agregado de gasto total en salud.

Clasificación funcional
Bienes y servicios sanitarios individuales HC1 - Servicios curativos HC2 - Servicios de rehabilitación HC3 - Servicios de larga duración HC4 - Servicios auxiliares HC5 - Bienes médicos dispensados a pacientes externos
Servicios sanitarios colectivos HC6 - Servicios de prevención y salud pública HC7 - Administración y aseguramiento sanitario
Funciones relacionadas con la salud HR1 - Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud HR2 - Educación y formación del personal sanitario HR3 - Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud HR4 - Control sanitario de alimentos, higiene y agua potables HR5 - Salud ambiental HR6 - Administración y suministro de servicios sociales en especie para enfermos o discapacitados HR7 - Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud en efectivo

Para las tres primeras funciones de los cuidados personales de salud, curativa, rehabilitadora y de larga duración, el SCS define cuatro diferentes modos de producción y establece un segundo nivel de acuerdo con ellos (Para larga duración no se incluye la atención ambulatoria):

- Atención en régimen interno.
- Atención en régimen de día.

- Atención ambulatoria.
- Atención a domicilio.

- **Clasificación por proveedores**

El segundo eje de las clasificaciones del SCS es el de los proveedores, que recoge las distintas ramas de actividad que son proveedoras de servicios de salud. El objetivo de esta clasificación es ordenar las instituciones específicas de cada país —que responden a una gran variedad de marcos institucionales— de acuerdo a categorías comunes, de aplicación internacional y que vinculen los datos de producción, personal y otros consumos intermedios al SCS.

La clasificación por proveedores incluye productores tanto primarios como secundarios de servicios de salud. Los productores primarios tienen como principal actividad los servicios de atención de la salud: hospitales, consultorios..., etc. Los productores secundarios proporcionan dicha atención como complemento de su actividad principal, como es el caso de aquellos proveedores de servicios sociales que integran atención sanitaria, normalmente de larga duración o psiquiátrica.

Clasificación de proveedores de servicios sanitarios
HP1 - Hospitales
HP2 - Residencias de larga estancia y enfermería
HP3 - Proveedores de servicios sanitarios en régimen ambulatorio
HP4 - Provisión y administración de programas de salud pública
HP5 - Administración sanitaria y aseguramiento
HP6 - Otras industrias (resto de la economía)
HP7 - Resto del mundo

- **Clasificación por fuentes de financiación**

El último eje de las clasificaciones del SCS es el de los agentes financiadores de la asistencia sanitaria. Esta clasificación se basa en los sectores institucionales de la economía fijados en el marco central del Sistema de Cuentas Nacionales, por lo que el alcance y límites de cada uno de ellos es el que establece la Contabilidad Nacional.

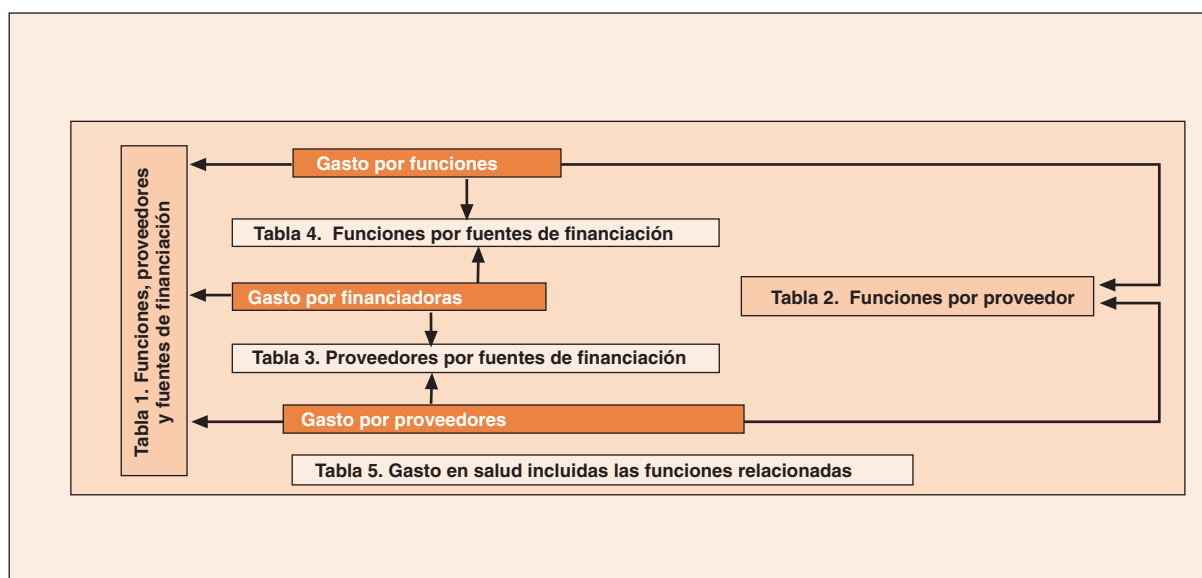
Clasificación de las fuentes de financiación
HF1 - Administraciones públicas
HF11 - Administraciones públicas excepto las de Seguridad Social
HF12 - Administraciones de Seguridad Social
HF2 - Sector privado
HF21 - Seguros sociales privados
HF22 - Empresas de seguros privadas
HF23 - Hogares
HF24 - Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares
HF25 - Sociedades
HF3 - Resto del mundo

2.4. Las tablas normalizadas

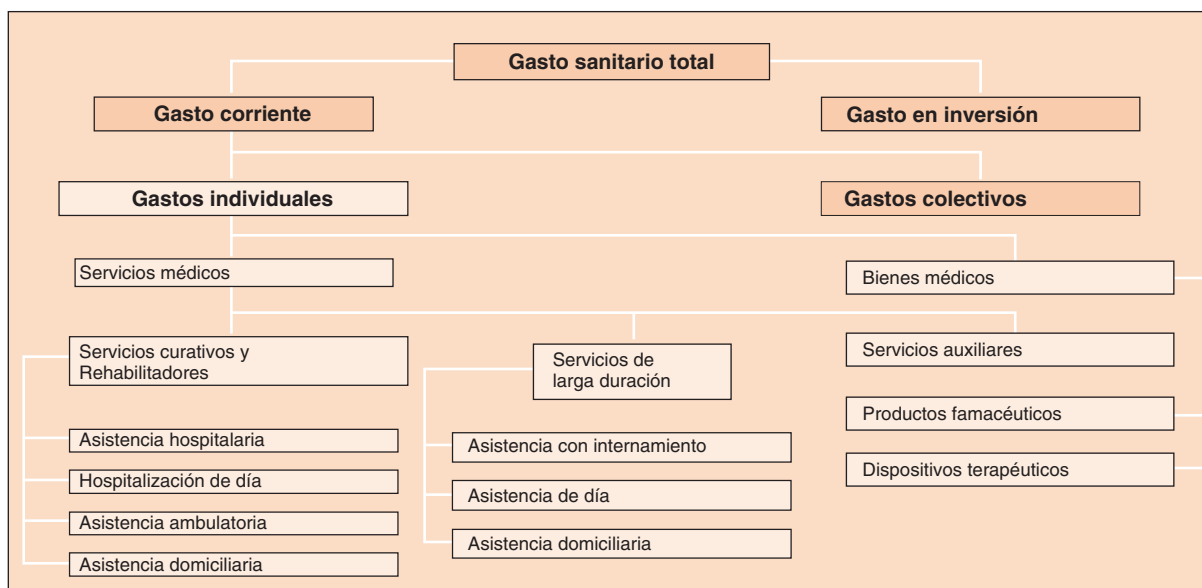
El manual SCS propone un conjunto de tablas interrelacionadas que recogen los tres enfoques de las clasificaciones definidas, mostrando de esta manera los distintos aspectos de los servicios de salud de cada país.

El propio Manual considera que el desarrollo y la implementación de las tablas dependerán de las posibilidades de cada país dentro de sus prioridades estadísticas, no siendo necesario el desarrollo de todas las tablas de una manera simultánea, ni con una base anual. En el cuadro 1 se han incluido las cinco tablas centrales que interrelacionan las tres clasificaciones. Además, el

Cuadro 1. Tablas normalizadas SCS.



Cuadro 2. Agregados SCS para el análisis del gasto.



manual define otras cinco tablas: la distribución del gasto por categorías de la Clasificación Internacional de enfermedades (ICD), por edad y sexo, índices de precios, comercio internacional y empleo en el sector.

La aproximación de la base de datos anual de OCDE (Eco-salud) a las estructuras y definiciones del Manual ha establecido variables y ecuaciones internas que cierran las distintas categorías de gasto en salud y a través de las cuales se puede analizar de forma homogénea las distintas facetas del mismo (cuadro 2).

3. EL SCS EN ESPAÑA

España ha tomado parte activa en el desarrollo e implantación del SCS, estando presente en las reuniones y grupos de trabajo de expertos en estadísticas de gasto sanitario que se han venido efectuando en los últimos años e incorporándose al grupo de trece países que han realizado la primera puesta en común de sus avances en la implantación del SCS en sus respectivos países y cuyo resultado es el trabajo que ha dado origen a esta publicación.

Los países miembros de la OCDE han iniciado, con mayor o menor impulso, la puesta en práctica de las recomendaciones del Manual. Dos han sido las ópticas con las que, los países se han acercado a sus recomendaciones: Proceder, ex novo, a la elaboración de Cuentas Nacionales e Salud de acuerdo con el marco conceptual del SCS, o revisar sus propias estadísticas aplicando los elementos conceptuales básicos del nuevo sistema.

España se encuentra entre los países que han optado por una vía de acercamiento al SCS partiendo de las estadísticas que ya estaban en marcha en el país. Así, las cuentas satélite del gasto sanitario público, núcleo de la EGSP, han supuesto una sólida base de partida para implementar el nuevo sistema.

SCS en España

- Las Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público (EGSP) constituyen una sólida base de partida para implementar el nuevo sistema en lo que se refiere al gasto de las administraciones públicas.
- La base central de las estimaciones del gasto privado es la Contabilidad Nacional.
- Los resultados que se ofrecen en el estudio responden a una primera aproximación. La carencia de datos o indicadores impide llegar a determinados niveles de desagregación.
- Por tanto, el trabajo es fundamentalmente metodológico.
- Excepto por la integración del gasto privado no se han ampliado las fronteras del gasto definidas por EGSP.

La armonización de la EGSP con el Sistema de Cuentas de la Salud tiene tres retos: La frontera institucional, que requiere la incorporación de las estimaciones de gasto privado, los ajustes en las distintas clasificaciones y la redefinición y/o ampliación de las fronteras funcionales. En el cuadro 3 se recogen los aspectos más importantes de cada uno de los elementos a normalizar.

Como resumen, se puede apuntar que las disparidades más importantes —y que tienen reflejo en el volumen del gasto— entre la metodología de la estadística nacional de gasto sanitario (EGSP) y el marco SCS se inscriben en la frontera funcional. La no inclusión de la totalidad de los gastos en asistencia sanitaria de larga duración, cuando la realizan agentes no estrictamente sani-

Cuadro 3. De la EGSP a la SCS

	Elementos a Armonizar	Actuaciones	Aspectos metodológicos
Frontera Institucional	Ámbito del gasto	Agregar gasto privado y consolidar con gasto público	EGSP ⇒ no incluye el gasto del sector privado e incluye la producción de mercado concertada Estimación gasto privado (egpr) ⇒ ⇒ a partir de cifras de CN
Clasificaciones	Funcional	Desagregar	EGSP ⇒ no contempla “modo de producción” SCS ⇒ mayor nivel de desagregación
	Financiación	Ajustar los Cruces: Financiación → Provisión Financiación → Función	EGSP y SCS ⇒ coinciden en el enfoque de las fuentes de financiación Egpr ⇒ escasa desagregación información
	Proveedores	Desagregar funciones a nivel proveedores	EGSP ⇒ no contempla clasificación proveedores Egpr ⇒ escasa información
	Económica		EGSP ⇒ proporciona costes de la producción pública SCS ⇒ no contempla este aspecto
Frontera funcional	Investigación y formación	Deducir gasto de EGSP	EGSP ⇒ Gasto sanitario SCS ⇒ Función relacionada Origen de las diferencias entre las cifras nacionales de gasto público y OCDE
	Salud laboral	Desarrollar análisis para: • Imputar la totalidad del gasto público • Incluir el gasto privado	EGSP ⇒ contempla solo la función desarrollada por agentes sanitarios Egpr ⇒ no incluye salud laboral SCS ⇒ incluye la totalidad
	Cuidados de larga duración	Desarrollar análisis para imputar el gasto de los agentes sociales	EGSP ⇒ contempla solo el gasto en pacientes institucionalizados en establecimientos sanitarios, sin clasificación por modo de producción SCS ⇒ incluye la totalidad

tarios, y el no contemplar la salud laboral —excepto la realizada por las Administraciones Públicas— son los factores que más nos alejan de las pautas establecidas por el SCS. No hay que olvidar, asimismo, que las cifras nacionales incluyen los gastos en investigación y formación, que son deducidos al reportar las cifras para la base de datos OCDE, con lo que se produce una discrepancia entre las cifras nacionales de gasto y las que publica anualmente OCDE en su Eco-Salud.

4. Análisis comparativo: resultados internacionales

La pregunta central del citado estudio de la OCDE sobre la implementación del SCS en trece países es en que medida los gastos totales en salud que se recogen son comparables entre sí. La respuesta global es que la implementación del manual SCS ha producido cifras de gasto más homogéneas y comparables que las que producidas con anterioridad al SCS, pero los resultados y, por tanto, los posibles análisis de los mismos, incorporan todavía diferencias metodológicas.

El trabajo centra su análisis de los resultados de la aplicación de la metodología SCS en tres aspectos: 1) diferencias entre las cifras de Gasto Total Nacionales (GTN) y las estimaciones internacionales basadas en SCS, 2) la conformidad de las estimaciones con las definiciones del SCS y 3) la aplicación de las clasificaciones SCS.

• Diferencias entre las cifras nacionales de Gasto Total Nacional y las estimaciones internacionales basadas en SCS

En relación con el primer aspecto hay que señalar que en la mayoría de los países las estimaciones SCS solo se utilizan internacionalmente, manteniendo sus respectivas estimaciones como cifras oficiales en el ámbito nacional. Dichas estimaciones pueden, en algunos casos, estar basadas en la metodología SCS, pero incorporando otros gastos —como educación e investigación— que para SCS son funciones relacionadas y por tanto no se computan como gasto total en salud. En el cuadro 4 se señalan las principales diferencias en esta materia. Hungría y Suiza utilizan las estimaciones basadas en SCS tanto a nivel interno como internacional.

Cuadro 4. Principales diferencias entre las estimaciones de gasto total nacionales (GTN) y las basadas en SCS (GSCS)

País	GSCS /GTN (%)	Explicación de la diferencia
Alemania	97,8 %	GTN incluye formación de personal sanitario y gasto en I&D.
Canadá	96,7 %	GTN incluye formación del personal sanitario, investigación, actividades relacionadas (sanitarias y no sanitarias) ejercidas en hospitales, gasto privado en residencias «no sanitarias».
Dinamarca	124,3 %	GTN no incluye servicios sanitarios de larga duración.
España	99,7 %	GTN incluye R & D.
Hungría	100,0 %	—
Japón	127,4 %	GTN excluye el gasto no cubierto por el aseguramiento público, y los servicios financiados por seguros de asistencia de larga duración.
Países Bajos	112 % GTN 78,0 % GNS	El punto de partida en el ámbito nacional es el gasto total en salud y servicios sociales (GNS).
Polonia	108,3 %	GTN excluye aseguramiento privado y el gasto de las ISFLSH, y de las empresas.
Suiza	100,0 %	—

Fuente: SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A comparative analysis. Eva Orosz and David Morgan. OECD Health Working Papers.

- **Conformidad de las estimaciones con las definiciones del SCS**

El factor que más afecta a la comparabilidad de los datos es el tratamiento de los distintos países a los cuidados de larga duración, lo que afecta tanto a la magnitud total del gasto como al peso de los sectores privado y público, y a la distribución de gasto por funciones y proveedores. Hay que destacar igualmente, con carácter general, la debilidad de los datos del sector privado distinto de los hogares, es decir, las Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH) y las Empresas como productoras secundarias de sanidad.

Cuadro 5. Desviaciones de las estimaciones de gasto total sobre los requisitos SCS

País	Desviaciones
Canadá	No hay datos para HF.2.4.(ISFLSH) y HF.2.5 (Empresas).
Dinamarca	No hay datos para HF.2.4 y HF.2.5.Los Cuidados de Larga Duración (CLD) están sobrestimados.
España	No hay datos para HF.2.5. Los CLD solo incluyen aquellos facilitados en centros del sector sanitario público.
Hungría	CLD está infraestimado. Incluye solo los servicios facilitados por los seguros obligatorios y el coste de personal de las residencias financiadas por los gobiernos locales.
Japón	No hay datos para HF.2.4. Algunos servicios no cubiertos por los seguros (masajes, acupuntura, habitaciones privadas...) no se han podido estimar.
Países Bajos	No se han podido desagregar los datos de HF.2.4 y H.F.2.5.
Polonia	Los CLD solo incluyen aquellos facilitados en centros del sector sanitario público.
Suiza	No hay datos para HF.2.5. CLD incluye los costes totales de las instituciones en las que los gastos de enfermería, atención y ayuda en las actividades diarias representan más del 50% del gasto total.

Fuente: SHA-Based National Health Accounts in Thirteen OECD Countries: A comparative analysis. Eva Orosz and David Morgan. OECD Working Papers.

- **Aplicación de las clasificaciones SCS: principales dificultades**

El elemento que más afecta a la comparabilidad de la distribución funcional de los gastos en salud en los trece países analizados en el estudio de la OCDE es la estimación de los gastos de cuidados de larga duración. Los cuidados de larga duración son una mezcla de cuidados médicos y servicios sociales y pueden darse tanto en hospitales como en residencias de mayores y discapacitados. De acuerdo con las indicaciones del Manual SCS , en el gasto en salud solo deberán incluirse los servicios médicos y de enfermería.

En la mayor parte de los países no existe información para desagregar e imputar de acuerdo con las normas SCS este tipo de gasto. Las estimaciones de los diferentes países - cuando se hacen - responden a metodologías muy diversas y poco homogéneas, por lo que parece necesario avanzar en el desarrollo de una metodología que de soporte a las estimaciones. Así lo ha entendido la propia OCDE que ha incorporado esta materia en el Proyecto de Salud , con un estudio detallado del gasto dentro de un estudio monográfico sobre los cuidados de larga Duración (Long Term care for Older people. OECD Health Working papers).

Otro escollo importante desde el punto de vista funcional es, que, en algunos países, todavía se identifica —desde el punto de vista estadístico— el gasto en pacientes internos con el gasto de los hospitales, y por tanto se incluyen los gastos de atención ambulatoria y atención en régimen de día. Las dificultades en la desagregación y la mayor o menor capacidad de utilizar indicadores válidos para poder responder a los epígrafes de la clasificación funcional, proporcionan estimaciones no siempre totalmente homogéneas y consistentes con las definiciones SCS.

II. CUENTAS DE LA SALUD (SCS) EN TRECE PAÍSES DE LA OCED: ESPAÑA. CUENTAS NACIONALES DE LA SALUD 2001⁴

⁴ Traducción del documento OCDE SHA-based health accounts in thirteen OECD countries: Country studies. Spain National Health Accounts 2001. OECD Health Technical Paper no. 11 by Jorge Relaño and María Luisa García Calatayud.

1. INTRODUCCION

1. Para el Ministerio de Sanidad y Consumo viene siendo prioritaria la elaboración y puesta a disposición de la clase política, los expertos y el público en general toda la información y datos relativos al gasto en sanidad. Dicha información les permitirá conocer en qué se han empleado los recursos económicos adscritos a la función sanidad para conseguir los servicios sanitarios que la Constitución garantiza y que la sociedad demanda.

2. Dicha información debe recopilarse y, posteriormente, ser tratada en el marco de un sistema contable que facilite la realización de estudios comparativos y permita alcanzar conclusiones en un contexto homogéneo e internacional. El sistema contable empleado en España para elaborar las cuentas sobre los gastos sanitarios se basa en la Metodología de Cuentas satélite (Estadística del Gasto Sanitario Público, EGSP) en lo que respecta al gasto público, y en la Contabilidad Nacional y en las estadísticas Hospitalarias (Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado. ESRI) para el sector privado.

3. En sus inicios, la EGSP hacía referencia a un sistema sanitario sumamente concentrado en el que el antiguo INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) 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 importante de los datos que nutren la estadística provenía de una misma fuente de información, de modo que quedaba garantizada 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 han obligado a realizar un arduo recorrido para evitar dobles contabilizaciones e imputar el gasto al último agente proveedor de los servicios.

4. Sin embargo, a partir de 2001, tanto la estructura como los procedimientos operativos del Sistema de Salud Nacional han cambiado, lo que ha traído consigo un nuevo escenario en el que realizar la estadística de gasto sanitario público. Ese año marcó el final del proceso de transferencias de competencias, lo que significó que las 17 Comunidades Autónomas tenían una libertad absoluta para gestionar sus propios servicios sanitarios. La financiación sanitaria se integró dentro del sistema general de financiación de las CCAA mediante la cesión de impuestos; las Comunidades podían dedicar recursos a la salud en función de su capacidad de recaudación fiscal, aunque siempre satisfaciendo unos mínimos que aparecen regulados en la normativa en vigor (Ley 21/2001 de 27 de diciembre).

5. Por consiguiente, la recopilación de datos para la elaboración de estadísticas sanitarias, tanto económicas como médicas, requería que se adoptara un nuevo enfoque. Así, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, (Ley 16/2003 de 28 de Mayo) estableció un nuevo Sistema de Información Sanitaria con el fin de garantizar la disponibilidad de la información, además de la comunicación y facilidad de comparación de los datos de las distintas Comunidades Autónomas.

6. Y es en este contexto en el que el Manual del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE suministra un marco coherente de elaboración y comparación en el que elaborar las estadísticas sobre gastos sanitarios. La EGSP, como cuenta satélite que es, suministra información de los agregados de contabilidad Nacional y de los factores de la producción pública de servicios sanitarios —que no recoge la SCS—, por lo que sigue siendo pertinente su continuidad, si bien su desarrollo deberá avanzar en paralelo con la puesta en práctica de las recomendaciones y clasificaciones de manual SCS.

7. El presente estudio sobre la puesta en marcha del SCS en España ofrece los primeros datos sobre el gasto sanitario —público y privado— en este país, según las tres clasificaciones que el sistema ofrece: funcional, proveedores y agentes financiadores. Estos datos deben tomarse como una primera aproximación que deberá ajustarse, poco a poco, en función de las mejoras en las fuentes de información. Pese a ello el trabajo realizado ha sido sumamente útil para integrar las distintas fuentes de datos disponibles y adaptarlas al marco del SHA.

8. En este contexto, bajo la dirección del Ministerio de Sanidad y Consumo, se ha consultado a expertos de las distintas Comunidades Autónomas y se ha establecido un grupo de trabajo para estudiar la implementación del SCS en España, como paso obligado para hacer frente a los compromisos internacionales que se derivan de nuestra participación en las instituciones supranacionales. Esperamos que el presente documento resulte un paso útil y alentador en el camino ya iniciado del acercamiento de las estadísticas de gasto sanitario producidas en el Departamento al marco metodológico del SCS.

2. COMENTARIOS PREVIOS

9. El trabajo llevado a cabo para poder presentar las cifras sobre el Gasto Sanitario Español según el marco del SCS se ha centrado en dos objetivos:

- Adaptar las clasificaciones y tablas existentes de la Estadística del Gasto Sanitario Público Español (EGSP).
- Introducir el gasto privado en el nuevo marco de informes.

10. Las cifras de gasto total que aparecen en el presente informe son las mismas que se enviaron a la OCDE para su inclusión en la base de datos *Eco-Salud 2003*, basados en la EGSP y en la Contabilidad Nacional. Posteriormente se han introducido algunos pequeños cambios, de modo que las cifras que aparezcan en la próxima edición de la EGSP presentarán algunas pequeñas variaciones.

11. No se han incluido nuevas funciones ni proveedores, por lo que las desviaciones de los límites y clasificaciones de la OCDE/SCS continúan tal como se destacaron en los comentarios incluidos en *Eco-Salud 2003*:

- El Gasto Sanitario (GS) no incluye la atención médica suministrada en residencias para la tercera edad y para discapacitados. Solamente incluye los cuidados de larga duración suministrados por los hospitales de larga estancia de acuerdo con la clasificación de las estadísticas hospitalarias de España (ESCRI).
- No se incluyen los gastos sanitarios en que hayan incurrido las distintas industrias en sus procesos de producción (salud laboral).
- Los datos de inversión privada en instalaciones médicas solamente incluyen los gastos de capital en los hospitales.

- El gasto en prevención y salud pública abarca exclusivamente el realizado en el sector público.

12. Existen pequeñas diferencias entre las cifras la estadística nacional de gasto público EGSP y las que aparecen tanto en *Eco-Salud 2003* como en el presente estudio por lo que respecta al gasto sanitario corriente. La causa es la inclusión en las cuentas nacionales de algunas funciones relacionadas con la salud tales como el gasto corriente en determinados servicios colectivos (es decir, gastos en investigación y desarrollo y gastos en formación del personal).

13. El objetivo principal del presente trabajo no es tanto el suministrar cifras definitivas y totalmente exactas para las distintas clasificaciones del SCS, sino revisar e integrar las diferentes y variadas fuentes disponibles de datos con el fin de adaptarlas al marco del SCS. Además, el trabajo detalla la metodología implícita en las estimaciones realizadas, teniendo en cuenta el hecho de que las principales fuentes de datos —en el ámbito del gasto público— se basan en documentos presupuestarios de los agentes de gastos. Esto implica la necesidad de pasar de un sistema contable presupuestario a otro que se centre en actividades basadas en los modos de producción (MDP).

14. Algunos indicadores empleados para cifrar las estimaciones de acuerdo con los MDP estaban disponibles únicamente para 1999 y se han aplicado también para el período de 1999-2001. Esto supone que se han mantenido constantes la estructura de costes de determinadas funciones asistenciales.

15. Debemos señalar que la información presupuestaria y contable de costes del INSALUD ha resultado esencial para poder contar con una muestra representativa que nos permita calcular la estructura de gastos del Sistema Nacional de Salud. A partir de 2002, una vez fueron transferidos los servicios sanitarios del INSALUD a las Comunidades Autónomas, se hace necesario mejorar el sistema de información sanitaria para obtener una información homogénea que permita completar las lagunas informativas.

16. Por consiguiente, será necesario contar con un acuerdo sustancial con la Comunidades Autónomas en lo que respecta a dar un nuevo enfoque al modo de registrar la información económica que siga las clasificaciones del SCS.

17. Se espera que en el futuro podamos ampliar las fronteras actualmente establecidas por la EGSP del gasto sanitario para incluir los servicios sanitarios que en la actualidad quedan fuera de la estadística. Esto es especialmente importante en el caso de los gastos en Servicios de Cuidados de Larga Duración (CLD) realizados en las residencias y centros de rehabilitación dependientes del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales o de las Consejerías de Servicios Sociales de las distintas Comunidades Autónomas.

18. Los servicios sociales han sido transferidos, en la mayoría de los casos, a las Comunidades Autónomas antes que la gestión de la asistencia sanitaria. Los CLD son también llevados a cabo por Autoridades Locales mediante sus programas de Servicios Sociales.

3. RESUMEN DE DATOS SOBRE GASTO EN SALUD

3.1. Gasto sanitario por fuente de financiación

19. Durante el período de 1999-2001, el gasto sanitario total *per capita* aumentó de 1.057,4 euros a 1.194,4. En 1999, el sector público gastó 763,2 euros per capita por 294,3 del sector privado. En el año 2001, las cantidades fueron de 854,2 y 340,2, respectivamente.

20. A precios constantes (PIB 1995) el gasto *per capita* total fue de 948,8 euros en 1999 y de 994,3 en 2001. Las cifras correspondientes al gasto público ascendieron a 648,8 y 711,2 euros respectivamente, mientras que las del gasto privado fueron de 264,1 en 1999 y de 283,1 en 2001.

21. El gasto total alcanzó en torno al 7,5% del PIB. La participación del gasto privado fue del 2,1% por un 5,4% de la del público.

22. El gasto sanitario público ha mantenido su porcentaje sobre el PIB como consecuencia de los Acuerdos de Financiación de la Asistencia Sanitaria (1994-1997 y 1998-2001) pactados por la Administración Central y las Comunidades Autónomas. Estos acuerdos vinculaban la evolución de la financiación pública de la Sanidad al crecimiento de la economía española, específicamente al crecimiento del PIB. Esta financiación, que cubría más del 80 % del gasto público en sanidad, se consignaba en los Presupuestos Generales del Estado —en la función sanidad— bajo responsabilidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Los fondos se distribuían en su mayor parte de forma capitativa entre las Comunidades Autónomas.

23. El sistema de financiación de la sanidad en vigor durante el período comprendido entre 1998 y 2001 también preveía algunas medidas para fomentar el ahorro, especialmente en lo que respecta al gasto farmacéutico y de control de la invalidez temporal, que suponían una asignación más eficaz de los recursos públicos para la financiación de la sanidad.

24. Así, las variaciones anuales en el gasto público fueron prácticamente las mismas que las del PIB, mientras que el gasto privado creció más que el PIB, y por lo tanto más que el gasto público y que el gasto total. La Tabla 1 muestra el aumento global y las variaciones anuales para el período de 1999-2001 en términos reales (nivel de precios del PIB 1995).

Tabla 1. Tasas de crecimiento del Gasto Sanitario y del PIB (precios constantes PIB 1995)

	Sector Público	Sector Privado	Total	PIB
2001/1998	10,83	15,02	11,99	11,70
1996/1995	2,85	1,94	2,60	2,44
1997/1996	2,26	1,75	2,12	4,03
1998/1997	3,98	5,35	4,36	4,35
1999/1998	4,34	4,88	4,49	4,22
2000/1999	2,91	5,09	3,51	4,21
2001/2000	3,22	4,35	3,54	2,84

25. Por las razones ya mencionadas, el sector privado aumentó su participación en el gasto sanitario total, en términos de gasto corriente, del 28,26% en 1999 hasta el 29,09% en 2001 (Tabla 2). Por consiguiente, la participación pública descendió del 71,74% al 70,91% en el periodo considerado.

26. Las diferentes fuentes de financiación sanitaria han mantenido bastante estable su participación durante el período de 1999-2001. En 1999, los principales sectores que financiaban el gasto sanitario fueron la Administración Central, que aportaba el 58,8% del total, y los hogares, con un 22,6%. En 2001, las cifras eran del 58,4% y del 23,6%, respectivamente (Figura 1 y Tabla A1).

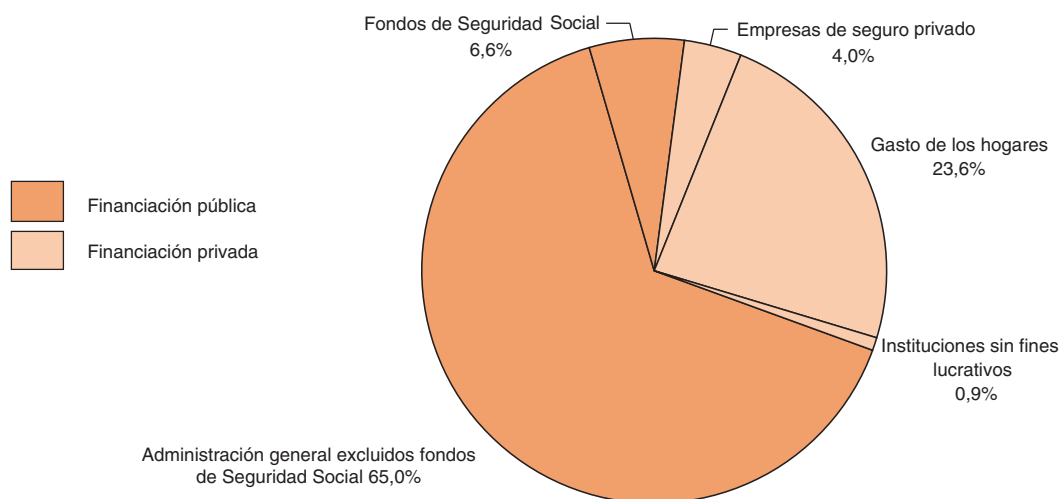


Figura 1. Gasto sanitario total por fuentes de financiación (Gasto sanitario total = 100).

Tabla 2. España 1999-2001 Gasto Corriente Sanitario por Fuentes de Financiación

	%		Millones de euros corrientes		Total
	Sector público	Sector privado	Sector público	Sector privado	
1998	71,91	28,09	27.556	10.765	38.321
1999	71,74	28,26	29.521	11.628	41.149
2000	71,29	28,71	31.437	12.662	44.099
2001	70,91	29,09	33.616	13.793	47.408

27. En 2001, las Comunidades Autónomas financiaban el 6,1%, el Sistema de Seguridad Social el 3,6%, las Mutualidades de Funcionarios Públicos el 3,0% y los Seguros Sanitarios Privados el 4,0%. Por último, las Administraciones Locales y las Instituciones sin fines de lucro aportaban algo menos del 1% de la financiación total cada una.

28. Conviene recordar que, de 1994 a 2001, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) era la institución de la Seguridad Social que estuvo a cargo de la Asistencia Sanitaria Pública de aproximadamente un 40% de la población española, si bien, a partir de 1999 esta asistencia pasó a ser financiada completamente con los fondos de la Administración Central, eliminándose las cuotas de la seguridad social.

29. En la actualidad, solamente se financian con fondos de la Seguridad Social las actividades del Instituto Social de la Marina (Flota Pesquera y Marina Mercante) y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales.

3.2. Gasto sanitario corriente por funciones

30. El gasto en formación bruta de capital se mantiene, en el periodo analizado, en torno al 3% del gasto de sanitario total. No obstante, debe tenerse en cuenta que, en lo que respecta al

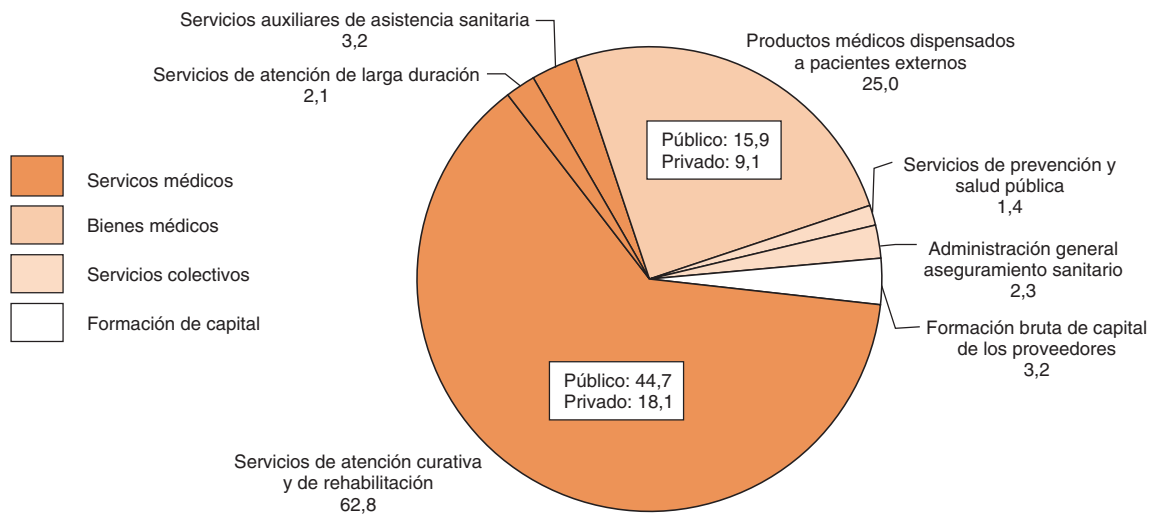


Figura 2. Gasto sanitario total por funciones (Gasto sanitario total = 100).

sector privado, este gasto está calculado por debajo de su nivel real dado que los datos solamente incluyen las inversiones realizadas por los hospitales. En la actualidad no se cuenta con fuentes de información relativa a los proveedores de servicios ambulatorios.

31. El análisis de las funciones al nivel de un dígito se realiza sobre la base del gasto sanitario corriente. Así el gasto corriente en servicios médicos individuales (HC1-HC5) se sitúa en torno al 96 % del gasto corriente total, mientras que la participación de servicios colectivos es de casi el 4% (Figura 2 y Tabla A2.1, gasto total y Tabla A2.2 gasto corriente).

32. En 2001, los servicios médicos (HC1-HC4) fueron responsables del 70,4% del gasto corriente total, los productos médicos del 25,8%, y los servicios auxiliares a pacientes externos solamente del 3,3%.

33. La participación de la atención curativa y de rehabilitación está descendiendo lentamente (65,6% del gasto corriente en 1999, 65,3% y 64,9% respectivamente en 2000 y 2001). No obstante, estas cifras pueden estar algo sobrestimadas dado que las fuentes de información sobre el gasto privado no permiten una desagregación del gasto en determinadas funciones como la de servicios auxiliares.

34. La información sobre gasto sanitario privado proviene de la Contabilidad Nacional, clasificada de acuerdo con los epígrafes de la COICOP sobre el Gasto en Consumo final de los hogares. La ausencia de datos a un nivel de desglose pormenorizado de esta clasificación y, especialmente, del epígrafe 6.2 (Servicios a pacientes en régimen ambulatorio) ha obligado a incluir en la función HC.1.3 no solo a los servicios curativos sino también a algunos de rehabilitación y otros servicios auxiliares. Asimismo no es posible descender al tercer dígito de la clasificación, con el fin de identificar la asistencia odontológica ambulatoria: H.C.1.3.2.

35. El resto de las funciones están aumentando su participación en el gasto total.

3.3. Gasto corriente sanitario por modo de producción

36. Del gasto total en servicios médicos individuales (HC1-HC4), la atención en régimen ambulatorio asciende al 52% y la de los pacientes hospitalizados al 42%. El gasto en servicios am-

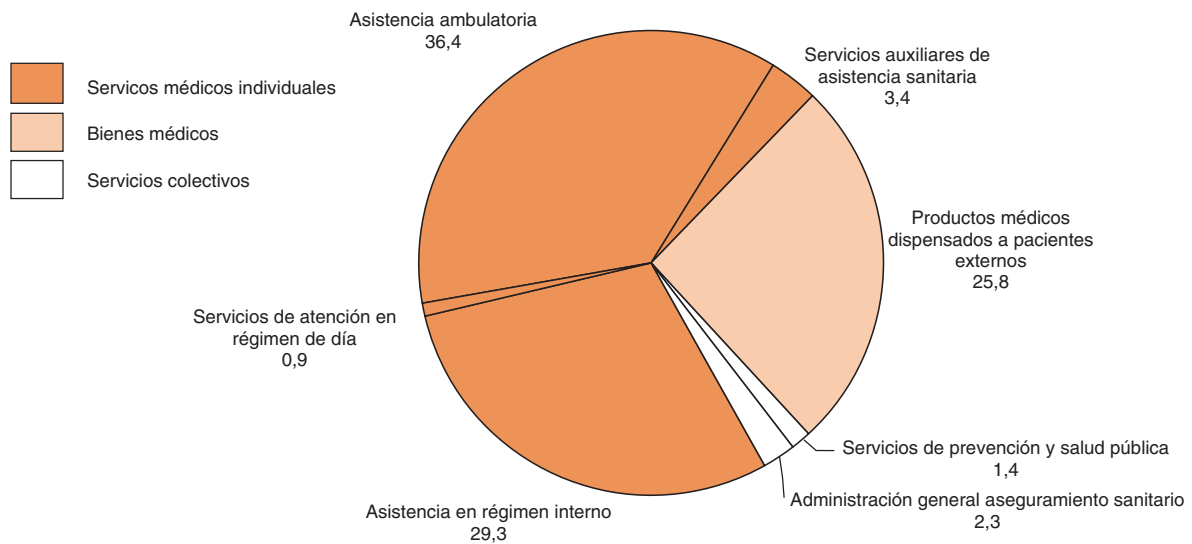


Figura 3. Gasto corriente sanitario por modo de producción (Gasto sanitario corriente= 100).

bulatorios está aumentando mientras que el de asistencia con internamiento está descendiendo (Figura 3 y Tabla A3.1 para gasto corriente y Tabla A3.2 para gasto en servicios médicos).

37. Los gastos en asistencia en régimen de día y los de atención domiciliaria son cantidades residuales. No suponen más del 1,3% y 0,6% respectivamente del gasto en servicios individuales de salud. Los servicios auxiliares representan un 4,8% restante.

38. La apreciable tendencia a la baja de estos servicios sugiere que los servicios en régimen de día y a domicilio, con niveles de gasto muy bajos, están perdiendo importancia en el sector hospitalario, lo cual es contradictorio con la percepción que mayoritariamente se tiene sobre la forma en que están organizando sus actividades los hospitales españoles.

39. Esto pudieran deberse al uso, en la asignación de los costes hospitalarios a las distintas funciones, de indicadores estáticos que hacen referencia al año 1999. La disponibilidad de

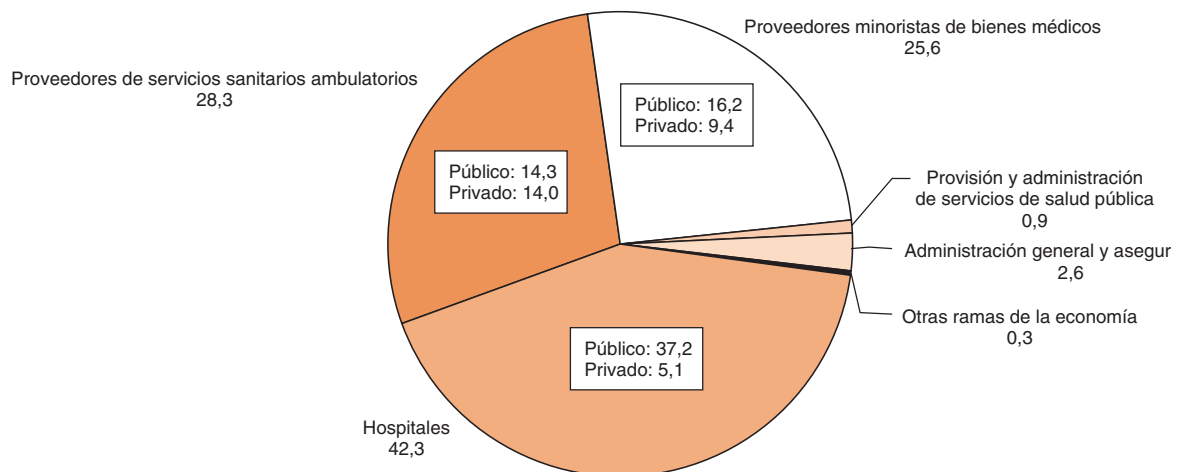


Figura 4. Gasto sanitario corriente por proveedores (Gasto sanitario corriente = 100).

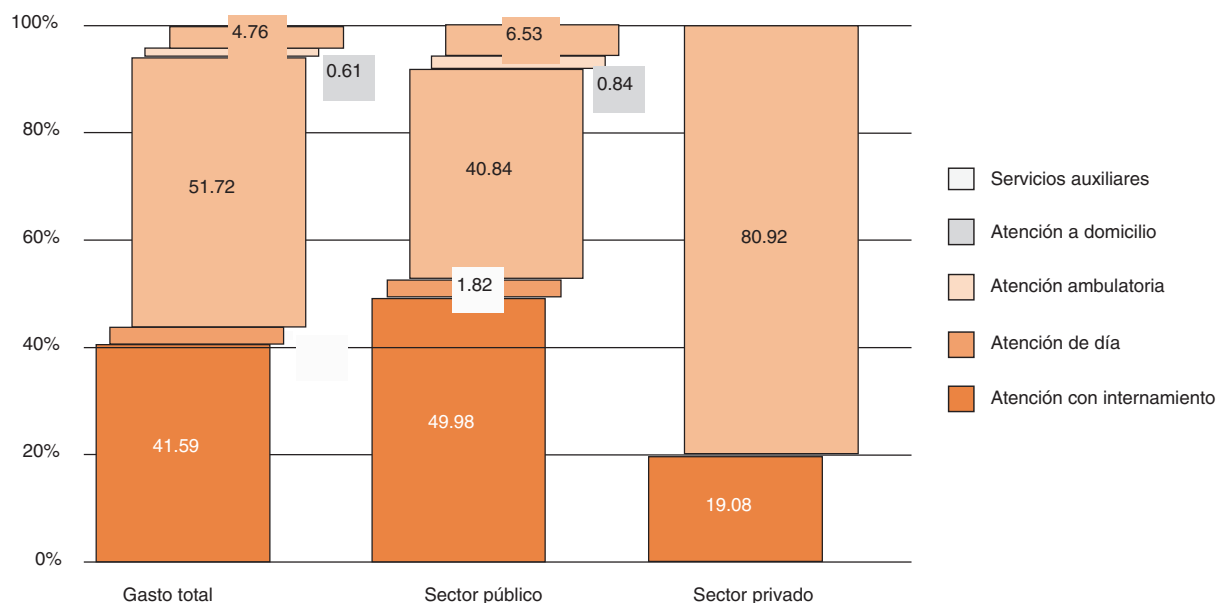


Figura 5. España 2001. Servicios de asistencia médica personal por MDP y fuente de financiación.

indicadores más precisos o actualizados probablemente otorgaría una mayor importancia a estos servicios.

40. Por lo que respecta a la distribución de servicios sanitarios individuales por modo de producción, se da una importante diferencia entre la composición del gasto público y el privado. Los servicios en régimen interno desempeñan un papel muy importante en el sector público, con un 50% del gasto en servicios individuales de asistencia sanitaria, a diferencia del 19,1% del el sector privado. Por lo tanto, el gasto en servicios de asistencia ambulatoria asciende al 80,9 % del total de los servicios individuales de asistencia sanitaria en el sector privado, lo que lo convierte en el modo esencial de producción en este sector (Figura 5).

41. La falta de fuentes estadísticas en el sector privado hace que los gastos en servicios en régimen de día y de atención domiciliaria no se hayan podido estimar.

3.4. Gastos corrientes sanitarios por proveedor

42. La estructura de la oferta de atención sanitaria en España es estable ; los proveedores se pueden agrupar en tres bloques principales (Figura 4 y Tabla A4).

- Los hospitales, con cerca del 43 % del gasto corriente en atención médica y con una leve tendencia a la baja.
- Proveedores de atención ambulatoria, con alrededor del 28% y con tendencia al alza.
- Farmacias y otros proveedores de artículos médicos, con aproximadamente el 25% y con tendencia al alza.

43. Los proveedores de servicios colectivos de salud ocasionaron el 3,2% en 1999 y el 3,5% en 2001 del gasto corriente total. Presentan el mayor incremento relativo en el periodo, posiblemente debido a que las Comunidades Autónomas, que todavía no disponían de todas las compe-

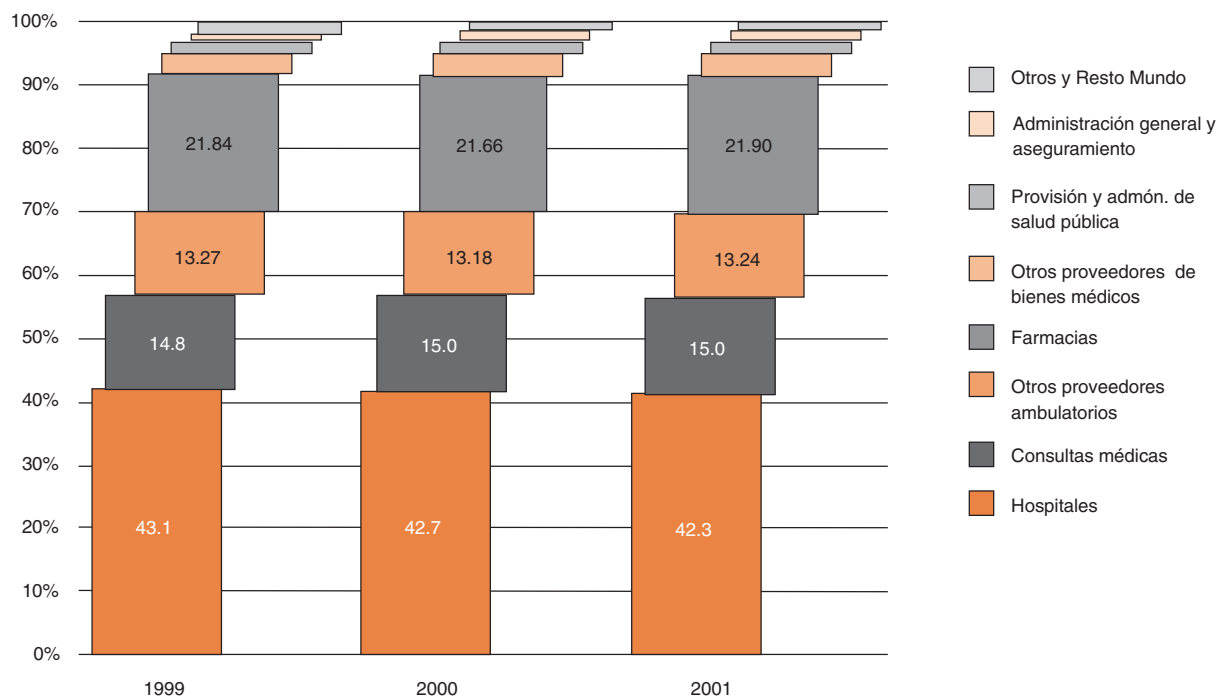


Figura 6. España 1999-2001. Gasto corriente en salud por proveedores.

tencias, estaban adaptando sus servicios administrativos y de información al inminente proceso de transferencia de éstas.

44. La estructura de los proveedores permanece estable si planteamos una clasificación más desglosada. Resulta interesante señalar que es posible identificar a algunos proveedores que son en su mayor parte privados y otros que son casi exclusivamente públicos (Figura 6).

45. Las Consultas médicas (HP.3.1) y otros proveedores de artículos médicos (HP.4.2-4.9) suministran servicios y artículos principalmente al sector privado. Los Centros de Salud y las unidades públicas que ofrecen Atención Primaria son responsables del 80% del gasto de este tipo de proveedores y están incluidos como Otros proveedores de servicios ambulatorios (HP.3.3-3.9). Los proveedores de servicios colectivos y otros sectores tales como los de productores secundarios de atención médica son, o bien proveedores públicos o sus servicios son sufragados en su mayor parte por el sector público.

46. Sin embargo, esta estructura de gasto por proveedores presenta problemas, en lo que respecta al gasto privado, dadas las fuentes de datos que se han empleado:

- Desde la perspectiva de los proveedores, los servicios de odontología están incluidos en HP 3.1. El desglose del epígrafe 6.2 de la COICOP, si fuera posible, produciría una diferencia significativa en la clasificación de los proveedores. Esto afectaría a las clasificaciones relativas al gasto privado y al gasto total. Las clasificaciones del gasto público no se verían afectadas ya que el Sistema sanitario español no incluye, en la mayoría de los casos, la atención curativa odontológica como prestación; solo incluye con carácter general los servicios preventivos y de atención a la infancia.
- Además, las definiciones de los epígrafes 6.2 y 6.3 de la COICOP implican que los servicios ambulatorios proporcionados por los Hospitales privados están incluidos en el artículo

6.2 del COICOP. Por tanto se hizo necesaria una primera estimación para asignar este tipo de gasto a los hospitales privados como proveedores.

3.5. Gasto corriente sanitario por proveedor y agente de financiación (Tabla 3 del SCS)

47. EL sistema de financiación pública de la sanidad en vigor en España hasta 2001 producía muchos flujos financieros entre las distintas unidades institucionales involucradas en el gasto en asistencia sanitaria (Gobierno Central, Sistema de la Seguridad Social, Gobiernos Regionales, etc.).

48. La mayor parte del gasto en sanidad (82%) se instrumentaba a través de los Presupuestos Generales del Estado, bajo responsabilidad del Ministerio de Sanidad que, a su vez, traspasaba los fondos al INSALUD, que tenía a su cargo la gestión de las instituciones de asistencia sanitaria de Comunidades Autónomas. El INSALUD también actuaba como distribuidor y, en este papel, enviaba fondos a las siete Comunidades Autónomas a las que se habían transferido estas competencias. Los gobiernos regionales recibían estos fondos y los enviaban, a su vez, a los Servicios Regionales de Salud.

49. Por ello resulta imposible desglosar la financiación según las funciones. El dinero fluye a través de todos estos agentes sin estar predeterminado funcionalmente ni destinado a un proveedor específico. Únicamente resulta posible establecer una distribución funcional al llegar al último agente, el que realiza el gasto.

50. En resumen, en lo que respecta al período de 1999-2001, podemos ofrecer un desglose por funciones/proveedores del gasto público, pero no de la financiación pública.

51. A partir de 2002, la situación ha sufrido cambios de importancia. Coincidiendo con la terminación del proceso de transferencias de las competencias sobre Asistencia Sanitaria, se ha establecido un nuevo sistema de financiación autonómica. La Sanidad ya no se financia de un modo distinto que el resto de competencias transferidas. Los recursos financieros provienen de un grado más elevado de corresponsabilidad fiscal de las Comunidades Autónomas, al darles la capacidad de gestionar una mayor parte de la recaudación de impuestos de la Renta y del IVA, además de la recaudación completa de ciertos impuestos tales como los que gravan las bebidas alcohólicas, el consumo de hidrocarburos y otros.

52. Por consiguiente, a partir de 2002 será posible realizar una clasificación cruzada de los gastos en sanidad según proveedor/funciones y por agentes de financiación para la mayor parte del gasto, de acuerdo con la clasificación ICHA-HF.

53. Por lo tanto, en este momento sólo se puede analizar cómo se financia el gasto de las distintas funciones y proveedores mediante la comparación de los sectores público y privado globalmente.

54. En lo que respecta al gasto corriente total, también debe destacarse la diferente estructura de proveedores entre los sectores público y privado (Figura 7).

55. En el sector público son los Hospitales los mayores proveedores, al ser responsables de más del 50% de los gastos corrientes totales, mientras que en el sector privado el 48,2% del gasto va a la Consultas médicas. Incluso si se tiene en cuenta la sobrevaloración ya mencionada de este tipo de proveedores, se puede afirmar que las Consultas médicas y/o de dentistas proporcionan más de la mitad de los servicios de atención sanitaria privada.

56. El porcentaje del gasto provisto por las Farmacias es prácticamente el mismo en los dos sectores: en torno al 20 % del gasto corriente total, pero la participación de Otros proveedores de artículos médicos es muy superior en el caso del gasto privado, debido a que el Sistema Sanitario Público no cubre —excepto para los colectivos protegidos por las Mutualidades de Funcionarios— los gastos en gafas o audífonos a los que va una cantidad importante del gasto sanitario de los hogares.

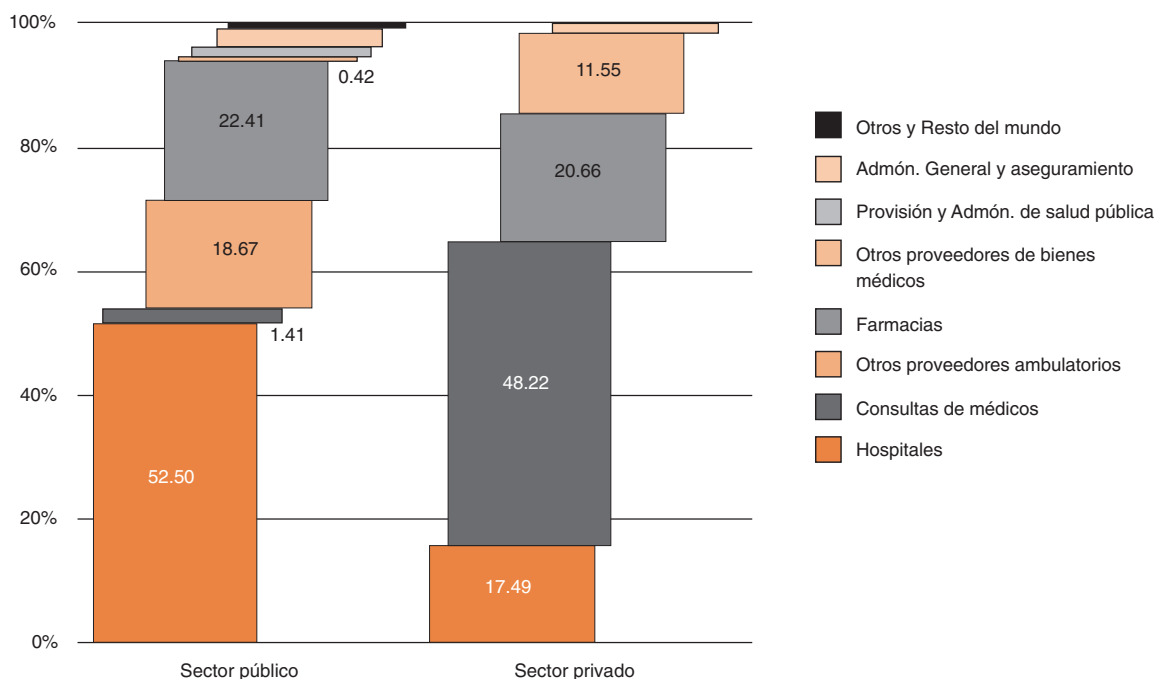


Figura 7. España 2001. Gastos corrientes por proveedor y fuente de financiación.

3.6. Gasto corriente sanitario por funciones y fuentes de financiación (Tabla 4 del SCS)

• Cómo se financian las distintas funciones (Tabla 4.2 del SCS)

57. El sector privado apenas provee servicios colectivos de atención sanitaria. Únicamente se incluyen los servicios de seguros relacionados con la salud, lo que representa el 0,5 % de los gastos corrientes en sanidad. Los servicios individuales de asistencia sanitaria (HC1-HC4) representan casi el 70% del gasto total de los servicios individuales (médicos y bienes médicos) (HC1-HC5) tanto en los sectores público como privado, pero la distribución entre servicios con internamiento y ambulatorios es muy distinta entre los dos sectores.

58. Estos dos MDP (asistencia con internamiento y ambulatoria) cuentan con prácticamente el mismo porcentaje de las funciones HC1-HC5 en el sector público (30% para atención a pacientes externos y 35% en régimen interno). Sin embargo, en el sector privado, el gasto en cuidados ambulatorios es cinco veces el de la atención con internamiento. (54,3% frente al 11,7%).

59. Esta diferencia podría estar motivada, por dos razones:

- Las características del Sistema Sanitario español, que no cubre la asistencia curativa dental.
- El problema metodológico relativo al desglose del artículo 6.2 de COICOP, ya mencionado.

60. La participación del gasto en productos farmacéuticos es del 23,8% en el sector público frente al 21,1% en el privado. En lo que respecta a dispositivos terapéuticos, los porcentajes son de 0,4% y 11,8% respectivamente. La causa de esta diferencia radica, al igual que ocurría en las

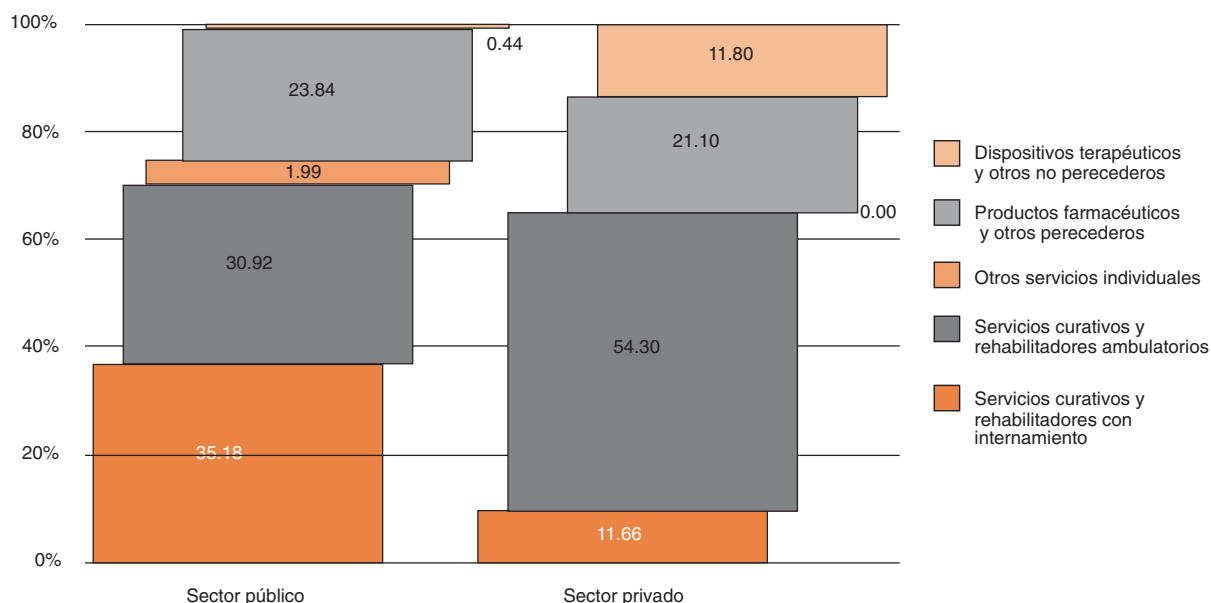


Figura 8. Gasto corriente en servicios individuales y bienes médicos por función y fuente de financiación.

Consultas de los dentistas, en la ausencia de cobertura pública para gastos de los hogares en gafas y audífonos.

61. No se tienen cifras que permitan comparar el gasto público y privado en bienes médicos. Esto se debe a que las cifras de Contabilidad Nacional no desglosan el epígrafe 6.1 de la COICOP —Productos Médicos—. Incluso si se alcanzara el nivel de tres dígitos de COICOP, el epígrafe 6.1.3, Dispositivos terapéuticos, incluiría las gafas y muchos otros artículos médicos y ortopédicos.

CONCLUSIONES

62. Se pueden extraer algunas conclusiones del presente estudio sobre el Sistema sanitario Español referentes a su estructura, volumen y métodos contables para su adaptación al marco SCS.

63. Una característica a destacar es la distinta estructura existente entre los sectores público y privado. En el sector público se puede decir que, prácticamente, existe un equilibrio entre los modos de producción, servicios con internamiento y ambulatorios. Por otro lado, en el sector privado, el modo de producción ambulatorio es preponderante. En consecuencia, el peso de los hospitales en las actividades y el gasto en la sanidad privada asciende a tan solo de un tercio de lo que corresponde a las Consultas médicas, mientras que en el sector público la proporción es justamente la contraria: la importancia de los hospitales es el triple de la de los proveedores a pacientes ambulatorios.

64. Como se comentó anteriormente, la atención curativa ambulatoria privada no solamente incluye la asistencia curativa sino también servicios auxiliares y servicios de rehabilitación. No obstante, la circunstancia que mejor explica esta diferencia estructural estriba en el hecho de que el sector público no cubre los servicios curativos odontológicos. Este tipo de cuidado aparece bajo el proveedor “consultas médicas” y es la causa de la preponderancia de este proveedor en el sector privado.

65. En cuanto a los aspectos metodológicos, deberán producirse algunas modificaciones y avances a fin de poder adecuar plenamente las cifras sobre gasto sanitario al marco SCS.

Ampliar las fronteras del gasto para incluir la asistencia sanitaria ofrecida en instituciones de servicios sociales, así como los gastos en salud laboral que realizan las empresas privadas como parte de su proceso productivo.

Mejorar los métodos de cálculo basados en la contabilidad de costes de los centros sanitarios. En este sentido, es necesario alcanzar acuerdos con las Comunidades Autónomas para hacer homogénea la forma de imputar los distintos coste de la asistencia sanitaria a los modos de producción. Se hace necesario alcanzar un desglose más preciso de las distintas funciones.

Profundizar en la clasificación del gasto privado para poder distribuir adecuadamente estos gastos por función y proveedor.

ANEXO 1: METODOLOGÍA

I. METODOLOGÍA Y FUENTES DE LAS ESTIMACIONES DE GASTO PÚBLICO

Estadísticas de gasto sanitario público. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público (EGSP) 1960-2001. Ministerio de Sanidad y Consumo

66. Suministra las cifras totales de gasto público por funciones. En primer lugar, existe una estrecha relación entre las funciones de la EGSP y el primer nivel funcional del SCS. Además, ofrece una primera información parcial sobre el modo de producción de atención curativa ambulatoria: esto es, los servicios proporcionados por los Centros de Salud como proveedores.

67. La limitación más importante de la EGSP es la imposibilidad de desglosar los gastos hospitalarios, no solamente según las funciones (curativa, de rehabilitación, servicios auxiliares) sino también según MDP (asistencia con internamiento, asistencia en régimen de día, asistencia ambulatoria y asistencia domiciliaria).

68. La principal dificultad para poder detallar los modos de producción radica en que las unidades especializadas (Ambulatorios de Especialistas) dependen económicamente de los hospitales. Estas unidades funcionan como intermediarios entre los servicios de Atención Primaria y los Hospitales, pero en los presupuestos de éstos, que son la principal fuente de datos de la EGSP no aparecen contabilizados de forma diferenciada. Además, tampoco resulta posible identificar las consultas externas en los hospitales.

Estadísticas hospitalarias. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI). Ministerio de Sanidad y Consumo (1998 - 2000)

69. La ESCRI suministra datos de gastos hospitalarios según se trate de hospitales de agudos o de larga estancia, tanto privados como públicos. Como la clasificación está basada en la finalidad de los hospitales, no resulta posible disponer de información sobre los servicios asistenciales de larga duración suministrados por hospitales que no estén clasificados como instituciones que ofrecen este tipo de asistencia, aunque se estima que éstos gastos serían mínimos. Como se ha expuesto en los comentarios generales, no se dispone de información sobre los gastos sanitarios en que incurren los proveedores distintos de los hospitales: en otras palabras, las residencias para la tercera edad que dependen del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

70. La ESCRI también permite distinguir entre distintos proveedores hospitalarios: de atención de larga duración, psiquiátricos y agudos.

Los Costes de Referencia del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999

71. Proporciona información sobre costes procedente de una muestra de 18 hospitales públicos que permite identificar los costes relativos a la actividad con internamiento en los hospitales y asignarlos a los distintos GRD. En este proceso, las actividades que quedan excluidas de los costes hospitalarios son las mismas que excluye el SCS al clasificar la atención curativa en régimen de internamiento, es decir, la asistencia curativa de día (cirugía ambulatoria, diálisis, asistencia oncológica de día), consultas externas, servicios especializados de diagnóstico, servicios de asistencia curativa a domicilio... Únicamente la formación de postgrado (MIR) recibe un enfoque distinto, ya que estos costes han sido considerados, a efectos de este estudio, como gastos de asistencia con internamiento.

72. De acuerdo con ello, se ha estimado que el 64,03% del coste de los hospitales de agudos debe imputarse a la asistencia a los pacientes internos y el 35,97% restante se debe asignar a actividades ambulatorias. Asimismo, esta fuente de información —Costes de Referencia del Sistema Nacional de Salud— proporciona la estructura, en términos porcentuales, de las distintas actividades ambulatorias dentro de los hospitales.

Gestión Clínico - Financiera y coste por proceso (GECLIF). INSALUD. 2000

73. La GECLIF es una herramienta de contabilidad de costes que se introdujo en los hospitales del INSALUD. Proporciona indicadores económicos relativos a actividades en régimen interno y ambulatorio tanto para los centros de coste final como para los intermedios de alto coste. Asimismo, suministra el coste medio por proceso.

74. Los indicadores del GECLIF se han empleado para calcular los gastos en servicios de rehabilitación (considerados como centros de coste final) y los de laboratorio y de diagnóstico por imagen (centros de costes intermedios). También se han empleado para comprobar la consistencia de la proporción de la actividad en régimen interno/ambulatorio obtenida a través de la fuente anterior: Costes de Referencia del Sistema Nacional de Salud.

II. METODOLOGÍA Y FUENTES DE LAS ESTIMACIONES DE GASTO PRIVADO

75. Las cifras del gasto privado provienen de la suma de los siguientes conceptos:

- Gasto en consumo final de los hogares en salud.
- Gasto en consumo final de los hogares en servicios de seguros ligados a la salud.
- Gasto en consumo final de las ISFLSH en salud.
- Gasto de capital en los hospitales.

76. También se ha utilizado la ESRI (fuente número 2) en los mismos términos y con las mismas limitaciones que en el caso del gasto público; esta fuente proporciona, asimismo, las cifras de inversiones hospitalarias en centros privados.

Contabilidad Nacional: Gasto en Consumo Final de los Hogares. S.G. de Cuentas Nacionales. INE

77. El SEC 95 proporciona un nuevo concepto que facilita el cálculo del gasto privado: el gasto en consumo final de los hogares. Al ser una magnitud de gasto en lugar de una de consu-

mo, como ocurría en el sistema anterior, no se hace necesario ajustar las cifras proporcionadas por la CN en función de las prestaciones sociales en especie.

78. Proporciona el gasto de acuerdo con los epígrafes de la COICOP (nivel de dos dígitos): 6.1 Productos, aparatos y equipo médico 6.2 Servicios médicos 6.3 Servicios hospitalarios, y COICOP (nivel de tres dígitos): 12.5.3-Servicios de seguros ligados a la salud.

79. No obstante, esta desagregación no es suficiente para los requisitos que impone el SCS, de modo que el desglose del gasto privado no puede alcanzar el mismo nivel que el del gasto público. Se han realizado algunos ajustes para eliminar algunos gastos financiados con fondos públicos para evitar una doble contabilidad.

Gasto en consumo final de las ISFLSH en salud. SG de Cuentas Nacionales. INE

80. El marco input-output suministra las cifras totales de gasto en consumo final de las ISFLSH en salud. Las Estadísticas Hospitalarias (ESCRI) sirven para clasificar dicho gasto por funciones.

Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF. INE)

81. La EPF proporciona información sobre la forma en que las familias emplean sus ingresos en ciertos consumos. Ofrece la clasificación de COICOP con un desglose a tres dígitos. Este nivel ofrecería la posibilidad estimar el gasto en los términos del SCS, pero las cifras de gastos que da la EPF difieren considerablemente de las de Contabilidad Nacional, y no solamente en valor absoluto sino también en la distribución porcentual entre los distintos conceptos de gasto.

82. Con esa premisa, la utilización de la estructura de gastos de la EPF para calcular el desglose de las cifras de gasto en consumo final de los hogares de Contabilidad Nacional resulta muy problemática. Hasta ahora solamente se ha empleado en el desglose del artículo 6.1 de COICOP (Productos, aparatos y equipo médicos), donde que la variación entre las cifras de las dos fuentes no es tan relevante como en otros conceptos.

Indicadores de prestación farmacéutica del INSALUD

83. Los datos que proporciona esta fuente estadística sobre el porcentaje de aportación de la población protegida por la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (COPAGO) al gasto en recetas médicas han servido de base para diferenciar, dentro del gasto farmacéutico privado, aquel que realiza en venta directa sin prescripción y el realizado a través de recetas médicas.

ESTADO ACTUAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SCS

Gasto sanitario por fuentes de financiación

ICHA	Manual del SCS	Categorías empleadas en la práctica nacional y/o desviaciones del ICHA en cuanto al contenido de la categoría
HF.1	Administraciones públicas	
HF.1.1	Administraciones públicas excluyendo fondos de Seguridad Social	Para el período 1999-2001, las Administraciones públicas financiaron alrededor del 80% del gasto público de salud. Véase Tabla 1.
HF.1.1.1	Administración central	
HF.1.1.2	Administración regional / provincial	
HF.1.1.3	Administración local / municipal	
HF.1.2	Fondos de la Seguridad Social	De 1994 a 2001, el INSALUD fue la institución de la Seguridad Social encargada de la Asistencia Sanitaria de alrededor del 40% de la población española. A partir de 1999 esta asistencia pasó a ser financiada completamente con los fondos de las Administraciones públicas. En la actualidad, la Seguridad Social financia únicamente las actividades del Instituto Social de la Marina y de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.
HF.2	Sector Privado	
HF.2.1	Seguros sociales privados	
HF.2.2	Empresas de seguros privadas (distintas de los seguros sociales)	
HF.2.3	Pagos directos de los hogares	
HF.2.3.1	Pagos directos excepto copagos	
HF.2.3.2	Copagos: administración central	Sólo existe en el caso de las recetas de medicinas.
HF.2.3.3	Copagos: administración regional / provincial	
HF.2.3.4	Copagos: administración local / municipal	
HF.2.3.5	Copagos: fondos de la seguridad social	
HF.2.3.6	Copagos: seguro social privado	
HF.2.3.7	Copagos: otros seguros privados	
HF.2.3.9	Resto de copagos	
HF.2.4	Instituciones sin ánimo de lucro al servicio de los hogares (excepto seguros sociales)	
HF.2.5	Sociedades (excepto seguros médicos)	
HF.3	Resto del mundo	

Gasto sanitario por función

ICHA	Manual del SCS	Categorías empleadas en la práctica nacional y/o desviaciones del ICHA en cuanto al contenido de la categoría
HC.1	Servicios de atención curativa	
HC.1.1	Asistencia curativa en régimen interno	Para el gasto privado resulta imposible separar del total de servicios en régimen interno (COICOP 6.3) No es posible desglosar los servicios de Larga Duración suministrados por Hospitales Generales.
HC.1.2	Asistencia curativa en régimen de día	Incluye las llamadas unidades de «Hospital de Día» de los Hospitales Generales, más los Servicios de Diálisis concertados para pacientes externos.
HC.1.3	Asistencia curativa ambulatoria	No es posible separar del total de servicios ambulatorios (COICOP 6.2) para el gasto privado. Por consiguiente, incluye servicios de rehabilitación y auxiliares.
HC.1.3.1	Servicios médicos básicos y de diagnóstico	
HC.1.3.2	Asistencia odontológica ambulatoria	Solo las Mutualidades de funcionarios dan este tipo de asistencia No es posible separar estos gasto del total de los servicios ambulatorios (COICOP 6.2) en el sector privado
HC.1.3.3	Resto de servicios de asistencia especializada	
HC.1.3.9	Resto de servicios de asistencia ambulatoria	
HC.1.4	Servicios de atención curativa a domicilio	
HC.2	Servicios de rehabilitación	Incluye, como Hospital de Especialidades, todo el gasto del Centro Nacional de Paraplégicos, cuya actividad no resulta posible separar según modo de producción.
HC.2.1	Asistencia para rehabilitación en régimen interno	
HC.2.2	Asistencia en régimen de día	
HC.2.3	Asistencia para rehabilitación ambulatoria.	Incluye Hospitales Generales, Centros de Salud y conciertos de fisioterapia
HC.2.4	Servicios de rehabilitación a domicilio	
HC.3	Servicios de atención de larga duración	Incluye Hospitales de larga duración y Hospitales psiquiátricos. En los psiquiátricos no es posible separar por modo de producción. Las residencias para tercera edad no se incluyen como proveedores.
HC.3.1	Atención de larga duración en régimen interno	
HC.3.2	Atención de larga duración en régimen de día	
HC.3.3	Atención de larga dur.: asistencia a domicilio	
HC.4	Servicios auxiliares de asistencia sanitaria	
HC.4.1	Laboratorio clínico	Estimado para Hospitales Generales públicos, más servicios concertados para pacientes externos.
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	Estimado para Hospitales Generales públicos, más diagnóstico por imagen concertado para pacientes externos.

Gasto sanitario por función (Continuación)

ICHA	Manual del SCS	Categorías empleadas en la práctica nacional y/o desviaciones del ICHA en cuanto al contenido de la categoría
HC.4.3	Transporte y rescate de emergencia de pacientes	Incluye Servicios de Transporte Urgente (Servicio «061») que dependen de los Servicios de Atención Primaria.
HC.4.9	Resto de servicios auxiliares varios	
HC.5	Pdtos. médicos dispensados a pacientes externos	
HC.5.1	Medicinas y otros productos médicos no duraderos	
HC.5.1.1	Medicamentos prescritos	
HC.5.1.2	Medicamentos venta libre	
HC.5.1.3	Otros productos médicos no duraderos	
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos duraderos	El desglose de este artículo es posible únicamente para el gasto público
HC.5.2.1	Gafas y otros productos ópticos	Solamente las Mutualidades de Funcionarios suministran estos productos en el sector público. Para el sector privado no es posible desglosarlo de Otros dispositivos Terapéuticos.
HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis	
HC.5.2.3	Audífonos	
HC.5.2.4	Dispositivos medico-técnicos, incluidas sillas de ruedas	
HC.5.2.9	Resto de productos médicos no perecederos	
HC.6	Servicios de prevención y salud pública	
HC.6.1	Salud materno-infantil; Planificación y orientación familiar.	Incluye servicios provistos por los Centros de Salud relacionados con la atención y prevención para la infancia, tales como recomendaciones y preparación para el parto, prevención de enfermedades de la boca o vacunaciones infantiles obligatorias. Solamente cubre el gasto público.
HC.6.2	Servicios de medicina escolar	
HC.6.3	Prevención de enfermedades transmisibles	Incluye especialmente las campañas de prevención del SIDA.
HC.6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	
HC.6.5	Salud laboral	No se incluye la proporcionado por empresas privadas y por instituciones públicas que no sean las propias de asistencia sanitaria. Solamente incluye las revisiones médicas de los empleados, realizadas por las Mutuas de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales (Sistema de la Seguridad Social).
HC.6.9	Resto de servicios de salud pública	
HC.7	Admón. general y aseguramiento sanitario	
HC.7.1	Admón. sanitaria de las administraciones públicas	
HC.7.1.1	Administración sanitaria (excepto seguridad social) de las administraciones públicas	

Gasto sanitario por función (*Continuación*)

ICHA	Manual del SCS	Categorías empleadas en la práctica nacional y/o desviaciones del ICHA en cuanto al contenido de la categoría
HC.7.1.2	Actividades administrativas, operativas y de apoyo de las administraciones de la seguridad social	
HC.7.2	Administración sanitaria y seguro médico: privados	
HC.7.2.1	Administración sanitaria y seguro médico: seguros sociales	
HC.7.2.2	Administración sanitaria y seguro médico: otros privados	

Gastos relacionados con la salud

ICHA	Manual del SCS	Categorías empleadas en la práctica nacional y/o desviaciones del ICHA en cuanto al contenido de la categoría
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de asistencia sanitaria	
HC.R.2	Educación y formación del personal sanitario	Incluye principalmente las transferencias a las universidades para seguir programas de formación específicos Una pequeña cantidad de los costes de personal relacionados con las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería están incluidos en HC11.
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	Una gran parte de la Investigación sobre temas de salud se lleva a cabo en los Hospitales, pero el Instituto de Salud Carlos III, dependiente del Ministerio de Sanidad, financia aproximadamente un 70%. A partir de 2000, el Instituto también financia algunas Fundaciones de Investigación Pública
HC.R.4	Control de alimentos, higiene y agua potable	
HC.R.5	Salud medioambiental	
HC.R.6	Admón. y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas	
HC.R.7	Administración y suministro de prestaciones relacionadas con la salud, en efectivo	

Gasto sanitario por proveedor

ICHA	Manual del SCS	Categorías empleadas en la práctica nacional y/o desviaciones del ICHA en cuanto al contenido de la categoría
HP.1	Hospitales	
HP.1.1	Hospitales generales	
HP.1.2	Hospitales de salud mental y de tratamiento de drogodependencias	
HP.1.3	Hospitales especializados (distintos de los de salud mental y de tratamiento de drogodependencias)	Incluye hospitales de larga estancia y otros hospitales de agudos tales como los oncológicos, oftalmológicos, quirúrgicos, de rehabilitación y ortopedia, hospitales de enfermedades pulmonares y tuberculosis.
HP.2	Residencias de larga estancia y enfermería	No están incluidas. Estos tipos de instituciones dependen de los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
HP.2.1	Establecimientos de asistencia medicalizada	
HP.2.2	Residencias para disminuidos psíquicos, salud mental y tratamiento de drogodependencias	
HP.2.3	Residencias para la tercera edad	
HP.2.9	Resto de residencias	
HP.3	Proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria	En el caso de los gastos privados, no es posible el desglose desde el COICOP grupo, 6.2 Servicios a pacientes externos.
HP.3.1	Consultas médicas	Incluye los servicios concertados por el sector público con médicos privados, principalmente por las Mutualidades de Funcionarios. Se considera un gasto público. En el caso de los gastos privados, no es posible ningún desglose a partir de las cifras de servicios ambulatorios (COICOP 6.2). Por tanto incluye a todos los proveedores de servicios ambulatorios a los hogares, salvo los Hospitales.
HP.3.2	Consultas de dentistas	En el caso de gastos privados resulta imposible separar del total de los servicios ambulatorios (COICOP 6.2)
HP.3.3	Consultas de otros profesionales médicos	Únicamente incluye aquellos servicios de rehabilitación concertados por el sector público de profesionales médicos privados; en torno a un tercio de este gasto proviene de Mutuas de Accidentes laborales y Enfermedades Profesionales (Sistema de la Seguridad Social).
HP.3.4	Centros de atención ambulatoria	
HP.3.4.1	Centros de planificación familiar	
HP.3.4.2	Centros ambulatorios de salud mental y tratamiento de drogodependencias	
HP.3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria	
HP.3.4.4	Centros de diálisis	Incluye servicios de diálisis en régimen externo concertados por el sector público con Clubs de diálisis y otros centros privados.
HP.3.4.5	Resto de centros ambulatorios de servicios multi-especialidad y centros cooperativos.	Incluye el gasto de los Centros de Salud, base de la asistencia primaria. Llevan a cabo funciones de prevención, curativas y rehabilitadoras Incluyen también los Servicios de urgencias (061) que dependen, al igual que los Centros de Salud, de la Administración de Atención Primaria...

Gasto sanitario por proveedor (Continuación)

ICHA	Manual del SCS	Categorías empleadas en la práctica nacional y/o desviaciones del ICHA en cuanto al contenido de la categoría
HP.3.4.9	Resto de centros ambulatorios públicos e integrados y otros centros de asistencia integrada	
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Solamente incluye servicios de diagnóstico concertados por el sector público con proveedores privados. En el caso de gastos privados resulta imposible desglosar estos gastos del total de los servicios ambulatorios (COICOP 6.2)
HP.3.6	Proveedores de atención domiciliaria	Solamente incluye servicios ambulatorios de oxigenoterapia y otras terapias domiciliarias concertadas por el sector público con proveedores privados. En el caso de gastos privados resulta imposible desglosar estos servicios del total de los servicios ambulatorios. (COICOP 6.2)
HP.3.9	Otros proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria	
HP.3.9.1	Servicios de ambulancia	Solamente incluye los servicios de ambulancia concertados por el sector público con empresas privadas. Se incluyen las ambulancias públicas en HP1.1 y HP 3.4.5. En el caso de gastos privados resulta imposible desglosar estos servicios del total de los servicios ambulatorios (COICOP 6.2)
HP.3.9.2	Bancos de sangre y órganos	Incluido en HP 1.1.
HP.3.9.9	Proveedores del resto de servicios de asistencia sanitaria ambulatoria	
HP.4	Minoristas y otros proveedores de art. médicos	
HP.4.1	Farmacias	
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de gafas y otros productos ópticos.	No está cubierto por el Sistema Nacional de Salud (Ver HC5.2.1). Para el gasto privado no es posible separar del total de aparatos terapéuticos (COICOP 6.1.3)
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de audífonos	No cubierto por el Sistema Nacional de Salud. En el caso de gasto privado resulta imposible desglosar estos proveedores de la cifra total de los productos terapéuticos (COICOP 6.1.3)
HP.4.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos (excepto de gafas y audífonos)	En el caso de gasto privado resulta imposible desglosar estos proveedores de la cifra total de los productos terapéuticos (COICOP 6.1.3)
HP.4.9	Resto de proveedores de productos farmacéuticos y médicos	
HP.5	Suministro y administración de programas de salud pública	
HP.6	Administración general y seguros médicos I	
HP.6.1	Administraciones públicas	
HP.6.2	Administración de la seguridad social	
HP.6.3	Otros seguros sociales	
HP.6.4	Otros seguros (privados)	Solamente incluye los costes administrativos relativos a la sanidad de compañías de seguros privadas. Los servicios de salud provistos o pagados se clasifican según función y proveedor.

Gasto sanitario por proveedor (*Continuación*)

ICHA	Manual del SCS	Categorías empleadas en la práctica nacional y/o desviaciones del ICHA en cuanto al contenido de la categoría
HP.6.9	Resto de proveedores de administración sanitaria	
HP.7	Otras industrias (resto de la economía)	Incluye transferencias a las universidades para programas de formación específicos También incluye transferencias a hogares e ISFLSH, que no pueden desglosarse.
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de salud laboral	
HP.7.2	Hogares como proveedores de asistencia domiciliaria	
HP.7.9	Resto de ramas de actividad como productoras secundarias de asistencia sanitaria	
HP.9	Resto del mundo	Incluye principalmente algunas medicinas específicas que no pueden venderse en España pero que son necesarias para tratamientos específicos. También incluye las cuotas de las organizaciones sanitarias internacionales.

ANEXO 2: TABLAS

Tabla A1. Gastos totales en sanidad por fuentes de financiación

		Primer año disponible 1999		Último año disponible 2001	
		Millones euros	%	Millones euros	%
HF.1	Administraciones Públicas	30.681	72	35.131	72
HF.1.1	Administraciones públicas excluida la Seguridad Social	27.804	65	31.904	65
HF.1.1.1	Administración Central	25.037	59	28.680	58
HF.1.1.2;1.1.3	Administraciones regionales / locales	2.767	7	3.225	7
HF.1.2	Administraciones de la seguridad social	2.877	7	3.227	7
HF.2	Sector Privado	11.831	28	13.990	29
HF.2.1	Seguros sociales privados	—	—	—	—
HF.2.2	Empresas de seguros privadas (excepto seguros sociales)	1.595	4	1.967	4
HF.2.3	Gasto directo de los hogares	9.852	23	11.588	24
HF.2.4	Instituciones sin ánimo de lucro que sirven a las familias (excepto seguros sociales)	384	1	435	1
HF.2.5	Sociedades (excepto seguros médicos)	—	—	—	—
HF.3	Resto del mundo	—	—	—	—
	Gasto total en sanidad	42.392	100	49.987	100

Tabla A2.1 Gasto sanitario total por funciones asistenciales

		Primer año disponible 1999		Último año disponible 2001	
		Millones euros	%	Millones euros	%
HC.1;2	Servicios de atención curativa y de rehab.	27.016	64	30.776	63
HC.1.1;2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación en régimen interno	11.409	27	12.873	26
HC.1.2;2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en régimen de día	393	1	442	1
HC.1.3;2.3	Asistencia curativa y de rehabilitación ambulatoria	15.020	35	17.264	35
HC.1.4;2.4	Asistencia a domicilio (curativa y de rehab.)	193	0	197	0
HC.3	Servicios de atención de larga duración	868	2	1.017	2
HC.3.1	Servicios de atención de larga duración en régimen interno	861	2	1.011	2
HC.3.3	Asistencia de larga duración a domicilio	6	0	7	0
HC.4	Servicios auxiliares de asistencia sanitaria	1.370	3	1.589	3
HC.4.1	Laboratorio clínico	480	1	539	1
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	437	1	488	1
HC.4.3	Transporte de pacientes y emergencias sanitarias	454	1	562	1
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes externos	10.452	25	12.242	25
HC.5.1	Medicinas y otros productos médicos no duraderos	9.083	21	10.507	21
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos duraderos	1.369	3	1.735	4
HC.6	Servicios de prevención y salud pública	548	1	680	1
HC.7	Admón. general aseguramiento sanitario	895	2	1.105	2
	Gasto sanitario corriente	41.149	97	47.408	97
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de asistencia sanitaria	1.243	3	1.579	3
	Gasto sanitario total	42.392	100	48.987	100

Tabla A2.2 Gasto sanitario corriente por funciones asistenciales

		Primer año disponible 1999		Último año disponible 2001	
		Millones euros	%	Millones euros	%
HC.1;2	Servicios de atención curativa y de rehab.	27.016	65,7	30.776	64,9
HC.1.1;2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación en régimen interno	11.409	27,7	12.873	27,2
HC.1.2;2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación en régimen de día	393	1,0	442	0,9
HC.1.3;2.3	Asistencia curativa y de rehab. ambulatoria	15.020	36,5	17.264	36,4
HC.1.4;2.4	Asistencia a domicilio (curativa y de rehab.)	193	0,5	197	0,4
HC.3	Servicios de atención de larga duración	868	2,1	1.017	2,1
HC.3.1	Servicios de atención de larga duración en régimen interno	861	2,1	1.011	2,1
HC.3.3	Asistencia de larga duración a domicilio	6	0,0	7	0,0
HC.4	Servicios auxiliares de asistencia sanitaria	1.370	3,3	1.589	3,4
HC.4.1	Laboratorio clínico	480	1,2	539	1,1
HC.4.2	Diagnóstico por imagen	437	1,1	488	1,0
HC.4.3	Transporte de pacientes y emergencias sanitarias	454	1,1	562	1,2
	Gasto en servicios médicos	29.254	71,1	33.382	70,4
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes externos	10.452	25,4	12.242	25,8
HC.5.1	Medicinas y otros productos médicos no duraderos	9.083	22,1	10.507	22,2
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos duraderos	1.369	3,3	1.735	3,7
	Gasto en bienes y servicios individuales	39.706	96,5	45.623	96,2
HC.6	Servicios de prevención y salud pública	548	1,3	680	1,4
HC.7	Admón. general aseguramiento sanitario	895	2,2	1.105	2,3
	Gasto en servicios colectivos de salud	1.443	3,5	1.785	3,8
	Gasto sanitario corriente	41.149	100	47.408	100

Tabla A3.1 Gasto sanitario corriente por modo de producción

		Primer año disponible 1999		Último año disponible 2001	
		Millones euros	%	Millones euros	%
	Asistencia en régimen interno	12.271	30	13.884	29
HC.1.1;2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación	11.409	28	12.873	27
HC.3.1	Servicios de atención de larga duración	861	2	1.011	2
	Servicios de atención en régimen de día	393	1	442	1
HC.1.2;2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación de día	393	1	442	1
	Asistencia ambulatoria	15.020	37	17.264	36
HC.1.3;2.3	Asistencia curativa y de rehab, ambulatoria	15.020	37	17.264	36
	Asistencia a domicilio	199	0	203	0
HC.1.4;2.4	Asistencia domiciliaria (curativa y de rehab.)	193	0	197	0
HC.3.3	Asistencia domiciliaria (larga duración)	6	0	7	0
HC.4	Servicios auxiliares de asistencia sanitaria	1.370	3	1.589	3
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes externos	10.452	25	12.242	26
HC.5.1	Medicinas y otros productos médicos no duraderos	9.083	22	10.507	22
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos duraderos	1.369	3	1.735	4
	Gastos totales en asistencia sanitaria personal	39.706	96	45.623	96
HC.6	Servicios de prevención y salud pública	548	1	680	1
HC.7	Administración general y aseguramiento sanitario	895	2	1.105	2
	Gasto corriente total en asistencia sanitaria	41.149	100	47.408	100

Tabla A3.2 Gasto en servicios médicos por modo de producción

		Primer año disponible 1999		Último año disponible 2001	
		Millones euros	%	Millones euros	%
	Asistencia en régimen interno	12.271	41,9	13.884	41,6
HC.1.1; 2.1	Asistencia curativa y de rehabilitación	11.409	39,0	12.873	38,6
HC.3.1	Servicios de atención de larga duración	861	2,9	1.011	3,0
	Servicios de atención en régimen de día	393	1,3	442	1,3
HC.1.2; 2.2	Asistencia curativa y de rehabilitación de día	393	1,3	442	1,3
	Asistencia ambulatoria	15.020	51,3	17.264	51,7
HC.1.3; 2.3	Asistencia curativa y de rehab. ambulatoria	15.020	51,3	17.264	51,7
	Asistencia a domicilio	199	0,7	203	0,6
HC.1.4; 2.4	Asistencia domiciliaria (curativa y de rehab.)	193	0,7	197	0,6
HC.3.3	Asistencia domiciliaria (larga duración)	6	0,0	7	0,0
HC.4	Servicios auxiliares de asistencia sanitaria	1.370	4,7	1.589	4,8
	Gasto en servicios médicos	29.254	100	33.382	100

Tabla A4 Gastos corrientes sanitarios por proveedor

		Primer año disponible 1999		Último año disponible 2001	
		Millones euros	%	Millones euros	%
HP.1	Hospitales	17.716	43	20.061	42
HP.2	Residencias de larga estancia y enfermería	—	—	—	—
HP.3	Proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria	11.547	28	13.419	28
HP.3.1	Consultas médicas	6.071	15	7.126	15
HP.3.2	Consultas de dentistas	17	0	17	0
HP.3.3—3.9	Resto proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria	5.459	13	6.275	13
HP.4	Minoristas y otros proveedores de art. médicos	10.357	25	12.119	26
HP.5	Suministro y admón. de programas de salud pública	300	1	406	1
HP.6	Administración general y seguros médicos	1.014	2	1.242	3
HP.6.1	Administraciones públicas	507	1	604	1
HP.6.2	Administración de la seguridad social	311	1	351	1
HP.6.3;6.4	Otros seguros sociales	196	0	286	1
HP.7	Otras industrias (resto de la economía)	213	1	157	0
HP.7.1	Entidades proveedoras de servicios de salud laboral	—	—	—	—
HP.7.2	Hogares como prov. de asistencia domiciliaria	—	—	—	—
HP.7.9	Resto ramas actividad como productoras secundarias de asistencia sanitaria	—	—	-	—
HP.9	Resto del mundo	3	0	5	0
	Gasto corriente total en asistencia sanitaria	41.149	100	47.408	100

ANEXO 3: TABLAS SCS

Tabla 2.1. Gasto corriente en salud por funciones asistenciales y proveedores

Millones de euros	Proveedores de asistencia sanitaria														Total						
	Código ICHA-HP	HP.1	HP.3	HP.3.1	HP.3.2	HP.3.3	HP.3.4	HP.3.5	HP.3.6	HP.3.9	HP.4	HP.4.1	HP.4.2,4,9	HP.5		HP.6	HP.6.1	HP.6.2	HP.6.3,6.4	HP.7	HP.9
Funciones asistenciales y modo de producción	Hospitales	Proveedores de servicios sanitarios ambulatorios	Consultas médicas	Consultas de dentistas	Consultas de otros profesionales sanitarios	Centros de atención ambulatoria**	Laboratorios médicos y diagnósticos	Proveedores de servicios sanitarios a domicilio	Otros proveedores de servicios sanitarios ambulatorios	Proveedores minoristas de bienes médicos	Farmacias	Otros proveedores de bienes médicos	Programas de provisión y administración de servicios de salud pública	Administración general y aseguramiento	Administración general de fondos de Seguridad Social	Fondos de Seguridad Social	Aseguramiento privado	Otras ramas de la economía	Resto del mundo		
2.001																					
Funciones asistenciales y modo de producción																					
Servicios con internamiento	13.884																				13.884
Servicios curativos y de rehabilitación	12.873																				12.873
Servicios sanitarios de larga duración	1.011																				1.011
Servicios en régimen de día	241	201				201															442
Servicios curativos y de rehabilitación	241	201				201															442
Long-term nursing care																					0
Servicios ambulatorios	4.974	12.229	7.126	17	25	5.061													60	0	17.264
Servicios curativos y de rehabilitación	4.974	12.229	7.126	17	25	5.061													60	0	17.264
Basic medical and diagnostic services																					0
Out-patient dental care																					0
All other specialised health care																					0
All other out-patient care																					0
Servicios a domicilio	56	147				7															203
Servicios curativos y de rehabilitación	56	147				7															203
Servicios sanitarios de larga duración																					197
Servicios sanitarios auxiliares	906	586				134	144												96	7	1.589
Bienes médicos dispensados a pacientes externos																					0
Productos farmacéuticos y otros productos perecederos																					0
Prótesis terapéuticas y otros productos no perecederos																					0
Gasto en bienes y servicios individuales	20.061	13.283	7.126	17	25	5.522	144	141	308	12.119	10.385	1.735	0	0	0	0	0	156	4	45.623	
Provisión y administración de servicios de salud pública		136				136							406	138		138			1	680	
Administración general y aseguramiento														1.105	604	214	286		1	1.105	
Gasto corriente en salud	20.061	13.419	7.126	17	25	5.658	144	141	308	12.119	10.385	1.735	406	1.242	604	351	286	157	5	47.408	

Tabla 2.2. Gasto corriente en salud por funciones asistenciales y proveedores (% de gasto por función)

		Proveedores de asistencia sanitaria																			
Funciones asistenciales y modo de producción	Código ICHA-HP	HP.1	HP.3	HP.3.1	HP.3.2	HP.3.3	HP.3.4	HP.3.5	HP.3.6	HP.3.9	HP.4	HP.4.1	HP.4.2,4.9	HP.5	HP.6	HP.6.1	HP.6.2	HP.6.3-6.4	HP.7	HP.9	Total
		Hospitales	Proveedores de servicios sanitarios ambulatórios	Consultas médicas	Consultas de dentistas	Consultas de otros profesionales sanitarios	Centros de atención ambulatoria**	Laboratorios médicos y diagnósticos	Proveedores de servicios sanitarios a domicilio	Otros proveedores de servicios sanitarios ambulatórios	Proveedores minoristas de bienes médicos	Farmacías	Otros proveedores de bienes médicos	Programas de provisión y administración de servicios de salud pública	Administración general y aseguramiento	Administración general de excedidos fondos de Seguridad Social	Fondos de Seguridad Social	Aseguramiento privado	Otras ramas de la economía	Resto del mundo	
Servicios con internamiento	HC.1 - 3	100,0																			100
Servicios curativos y de rehabilitación	HC.1.1; 2.1	100,0																			100
Servicios sanitarios de larga duración	HC.3.1	100,0																			100
Servicios en régimen de día	HC.1 - 3	54,5	45,5				45,5														100
Servicios curativos y de rehabilitación	HC.1.2; 2.2	54,5	45,5				45,5														100
Long-term nursing care	HC.3.2																				0
Servicios ambulatorios	HC.1 - 3	28,8	70,8	41,3	0,1	0,1	29,3												0,3	0,3	100
Servicios curativos y de rehabilitación	HC.1.3; 2.3	28,8	70,8	41,3	0,1	0,1	29,3												0,3	0,3	100
Basic medical and diagnostic services	HC.1.3.1																				0
Out-patient dental care	HC.1.3.2																				0
All other specialised health care	HC.1.3.3																				0
All other out-patient care	HC.1.3.3																				0
Servicios a domicilio	HC.1 - 3	27,5	72,5				3,2														100
Servicios curativos y de rehabilitación	HC.1.4; 2.4	28,4	71,6				3,2														100
Servicios sanitarios de larga duración	HC.3.3		100,0				100,0														100
Servicios sanitarios auxiliares	HC.4	57,1	36,9				8,5	9,1		19,4									6,0		100
Bienes médicos dispensados a pacientes externos	HC.5	1,0	1,0				1,0														100
Productos farmacéuticos y otros productos percederos	HC.5.1		1,1				0,0														100
Protéisis terapéuticas y otros productos no percederos	HC.5.2																				100
Gasto en bienes y servicios individuales		44,0	29,1	15,6		0,1	12,1	0,3	0,3	0,7	26,6	22,8	3,8						0,3		100
Provisión y administración de servicios de salud pública	HC.6		20,0				20,0							59,7	20,2	0,0	20,2			0,1	100
Administración general y aseguramiento	HC.7		0,0												99,9	54,7	19,3	25,9	0,0	0,1	100
Gasto corriente en salud		42,3	28,3	15,0	0,0	0,1	11,9	0,3	0,3	0,6	25,6	21,9	3,7	0,9	2,6	1,3	0,7	0,6	0,3	0,0	100

Tabla 2.3. Gasto corriente en salud por funciones asistenciales y proveedores (% de gasto por proveedor)

Funciones asistenciales y modo de producción	Código ICHA-HP	Código ICHA-HC																	Total								
			HP.1	HP.3	HP.3.1	HP.3.2	HP.3.3	HP.3.4	HP.3.5	HP.3.6	HP.3.9	HP.4	HP.4.1	HP.4.2,4.9	HP.5	HP.6	HP.6.1	HP.6.2		HP.6.3-6.4	HP.7	HP.9					
Funciones asistenciales y modo de producción																											
Servicios con internamiento																											
Servicios curativos y de rehabilitación		HC.1-3	Hospitales	69,2																							100
Servicios sanitarios de larga duración		HC.1.1; 2.1		64,2																							100
Servicios en régimen de día		HC.3.1		5,0	1,5																						100
Servicios curativos y de rehabilitación		HC.1-3		1,2	1,5																						100
Long-term nursing care		HC.1.2; 2.2		1,2	1,5																						100
Servicios ambulatorios		HC.3.2		0,0	0,0																						0
Servicios curativos y de rehabilitación		HC.1-3		24,8	91,1	100,0																					100
Basic medical and diagnostic services		HC.1.3; 2.3		24,8	91,1	100,0																					100
Out-patient dental care		HC.1.3.1																									0
All other specialised health care		HC.1.3.2																									0
All other out-patient care		HC.1.3.3																									0
Servicios a domicilio		HC.1-3		0,3	1,1																						100
Servicios curativos y de rehabilitación		HC.1.4; 2.4		0,3	1,0																						100
Servicios sanitarios de larga duración		HC.3.3																									100
Servicios sanitarios auxiliares		HC.4		4,5	4,4																						100
Bienes médicos dispensados a pacientes externos		HC.5			0,9																						100
Productos farmacéuticos y otros productos parafarmacéuticos		HC.5.1			0,9																						100
Protesis terapéuticas y otros productos no parafarmacéuticos		HC.5.2																									100
Gasto en bienes y servicios individuales				100,0	99,0	100,0	100,0	100,0	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	96,2
Provisión y administración de servicios de salud pública		HC.6			1,0				2,4						100,0			39,2								1,4	
Administración general y aseguramiento		HC.7																60,8								2,3	
Gasto corriente en salud				100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tabla 3.1. Gasto corriente en salud por proveedor y fuente de financiación

Millones de euros 2001		Total gasto corriente en salud	HF.1 Adminis- traciones Públicas	HF.2			
				Total sector privado	HF.2.2 Empresas de seguros privados (no seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 ISFLSH
<i>Bienes y servicios médicos por proveedor</i>							
Hospitales	HP.1	20.061	17.649	2.412	368	1.684	360
Proveedores de servicios sanitarios ambulatorios	HP.3	13.419	6.768	6.651	1.275	5.302	75
Consultas médicas	HP.3.1	7.126	475	6.651	1.275	5.302	75
Consultas de dentistas	HP.3.2	17	17				
Consultas de otros profesionales sanitarios	HP.3.3	25	25				
Centros de atención ambulatoria **	HP.3.4	5.658	5.658				
Laboratorios médicos y diagnósticos	HP.3.5	144	144				
Proveedores de servicios sanitarios a domicilio	HP.3.6	141	141				
Otros proveedores de servicios sanitarios ambulatorios	HP.3.9	308	308				
Proveedores minoristas de bienes médicos	HP.4	12.119	7.676	4.443		4.443	
Farmacias	HP.4.1	10.385	7.535	2.850		2.850	
Otros proveedores de bienes médicos	HP.4.2-4.9	1.735	141	1.593		1.593	
Programas de provisión y Administración de servicios de salud pública	HP.5	406	406				
Administración general y aseguramiento	HP.6	1.242	956	286	286		
Administración general excluidos fondos de Seguridad Social	HP.6.1	604	604				
Fondos de Seguridad Social	HP.6.2	351	351				
Otros seguros (privados)	HP.6.4	286		286	286		
Otras ramas de la economía	HP.7	157	157				
Resto del mundo	HP.9	5	5				
Total gasto corriente en salud		47.408	33.616	13.793	1.929	11.429	435

Tabla 3.2. Gasto corriente en salud por proveedor y fuente de financiación
(% de gasto por fuente de financiación)

Millones de euros 2001		Total gasto corriente en salud	HF.1 Adminis- traciones Públicas	HF.2			
				Total sector privado	HF.2.2 Empresas de seguros privados (no seguros sociales)	HF2.3 Pagos directos de los hogares	HF2.4 ISFLSH
<i>Bienes y servicios médicos por proveedor</i>							
Hospitales	HP.1	100,0	88,0	12,0	1,8	8,4	1,8
Proveedores de servicios sanitarios ambulatorios	HP.3	100,0	50,4	49,6	9,5	39,5	0,6
Consultas médicas	HP.3.1	100,0	6,7	93,3	17,9	74,4	1,0
Consultas de dentistas	HP.3.2	100,0	100,0				
Consultas de otros profesionales sanitarios	HP.3.3	100,0	100,0				
Centros de atención ambulatoria **	HP.3.4	100,0	100,0				
Laboratorios médicos y diagnósticos	HP.3.5	100,0	100,0				
Proveedores de servicios sanitarios a domicilio	HP.3.6	100,0	100,0				
Otros proveedores de servicios sanitarios ambulatorios	HP.3.9	100,0	100,0				
Proveedores minoristas de bienes médicos	HP.4	100,0	63,3	36,7	0,0	36,7	0,0
Farmacias	HP.4.1	100,0	72,6	27,4	0,0	27,4	0,0
Otros proveedores de bienes médicos	HP.4.2-4.9	100,0	8,1	91,9	0,0	91,9	0,0
Programas de provisión y Administración de servicios de salud pública	HP.5	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Administración general y aseguramiento	HP.6	100,0	76,9	23,1	23,1	0,0	0,0
Administración general excluidos fondos de Seguridad Social	HP.6.1	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondos de Seguridad Social	HP.6.2	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros seguros (privados)	HP.6.4	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Otras ramas de la economía	HP.7	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Resto del mundo	HP.9	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total gasto corriente en salud		100,0	70,9	29,1	4,1	24,1	0,9

**Tabla 3.3. Gasto corriente en salud por proveedor y fuente de financiación
(% de gasto por proveedor)**

Millones de euros 2001		Total gasto corriente en salud	HF.1 Adminis- traciones Públicas	HF.2			
				Total sector privado	HF.2.2 Empresas de seguros privados (no seguros sociales)	HF.2.3 Pagos directos de los hogares	HF.2.4 ISFLSH
<i>Bienes y servicios médicos por proveedor</i>							
Hospitales	HP.1	42,3	52,5	17,5	19,1	14,7	82,8
Proveedores de servicios sanitarios ambulatorios	HP.3	28,3	20,1	48,2	66,1	46,4	17,2
Consultas médicas	HP.3.1	15,0	1,4	48,2	66,1	46,4	17,2
Consultas de dentistas	HP.3.2		0,1				
Consultas de otros profesionales sanitarios	HP.3.3	0,1	0,1				
Centros de atención ambulatoria **	HP.3.4	11,9	16,8				
Laboratorios médicos y diagnósticos	HP.3.5	0,3	0,4				
Proveedores de servicios sanitarios a domicilio	HP.3.6	0,3	0,4				
Otros proveedores de servicios sanitarios ambulatorios	HP.3.9	0,6	0,9				
Proveedores minoristas de bienes médicos	HP.4	25,6	22,8	32,2		38,9	
Farmacias	HP.4.1	21,9	22,4	20,7		24,9	
Otros proveedores de bienes médicos	HP.4.2-4.9	3,7	0,4	11,6		13,9	
Programas de provisión y Administración de servicios de salud pública	HP.5	0,90	1,2				
Administración general y aseguramiento	HP.6	2,6	2,8	2,1	14,9		
Administración general excluidos fondos de Seguridad Social	HP.6.1	1,3	1,8				
Fondos de Seguridad Social	HP.6.2	0,7	1,0				
Otros seguros (privados)	HP.6.4	0,6		2,1	14,9		
Otras ramas de la economía	HP.7	0,3	0,5				
Resto del mundo	HP.9		0,0	0,0			
Total gasto corriente en salud		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ANEXO 4: Clasificaciones ICH

1. Clasificación funcional de la atención sanitaria ICHA-HC⁽¹⁾

Código ICHA	Funciones de la atención sanitaria
HC.1	Servicios de atención curativa
HC.1.1	Atención curativa en régimen interno
HC.1.2	Atención curativa en régimen de día
HC.1.3	Atención curativa en régimen externo
HC.1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
HC.1.3.2	Atención dental en régimen externo
HC.1.3.3	Cualquier otra atención sanitaria especializada
HC.1.3.9	Cualquier otra atención curativa en régimen externo
HC.1.4	Servicios curativos a domicilio
HC.2	Servicios de rehabilitación
HC.2.1	Rehabilitación en régimen interno
HC.2.2	Rehabilitación en régimen de un día
HC.2.3	Rehabilitación en régimen externo
HC.2.4	Rehabilitación a domicilio
HC.3	Servicios sanitarios de larga duración
HC.3.1	Atención de larga duración en régimen interno
HC.3.2	Atención a pacientes de larga duración en régimen de día
HC.3.3	Atención a largo plazo: a domicilio
HC.4	Servicios auxiliares de apoyo a la atención sanitaria
HC.4.1	Laboratorio clínico
HC.4.2	Diagnóstico por técnicas de imagen
HC.4.3	Transporte urgente y rescate de pacientes
HC.4.9	Cualquier otro servicio auxiliar
HC.5	Productos médicos suministrados a pacientes en régimen externo
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles de uso médico
HC.5.1.1	Medicamentos de prescripción facultativa
HC.5.1.2	Medicamentos de venta sin receta
HC.5.1.3	Otros bienes fungibles de uso médico
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos de uso médico
HC.5.2.1	Gafas y otros productos para la vista
HC.5.2.2	Aparatos ortopédicos y otras prótesis
HC.5.2.3	Audífonos
HC.5.2.4	Aparatos médico-técnicos, incluyendo sillas de ruedas
HC.5.2.9	Cualquier otro producto duradero de uso médico
HC.6	Medicina preventiva y sanidad pública
HC.6.1	Salud materna e infantil; planificación y asesoramiento familiares
HC.6.2	Servicios sanitarios escolares
HC.6.3	Prevención de enfermedades contagiosas
HC.6.4	Prevención de enfermedades no contagiosas
HC.6.5	Atención sanitaria laboral
HC.6.9	Cualquier otro servicio de sanidad pública
HC.7	Gestión sanitaria y seguro de enfermedad
HC.7.1	Gestión general sanitaria por parte de la Administración
HC.7.1.1	Gestión general sanitaria por parte de la Administración (excepto la seguridad social)
HC.7.1.2	Gestión, operativa y apoyo en relación con los fondos de la Seguridad Social
HC.7.2	Gestión sanitaria y seguro de enfermedad: privados
HC.7.2.1	Gestión sanitaria y seguro de enfermedad: planes sociales
HC.7.2.2	Gestión sanitaria y seguro de enfermedad: otros privados

Código ICHA	Funciones relacionadas con la salud
HC.R.1	Formación de capital de las instituciones proveedoras de atención sanitaria
HC.R.2	Educación y formación del personal sanitario
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el campo de la sanidad
HC.R.4	Control de alimentos, higiene y agua potable
HC.R.5	Salud medioambiental
HC.R.6	Gestión y prestación de servicios sociales en especie para ayudar a convivir con la enfermedad y la deficiencia
HC.R.7	Gestión y concesión de prestaciones monetarias relacionadas con la salud

⁽¹⁾ Sistemas de Cuentas de Salud. OCDE. Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.

2. Clasificación ICHA-HP de proveedores de asistencia sanitaria

Código ICHA	Sector de proveedores de asistencia sanitaria
HP.1	Hospitales
HP.1.1	Hospitales generales
HP.1.2	Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías
HP.1.3	Hospitales especializados (distintos de los hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías)
HP.2	Centros de atención por enfermeros y de asistencia en régimen de internos
HP.2.1	Centros de atención por enfermeros
HP.2.2	Centros para la salud mental y para el tratamiento del retraso mental y de las toxicomanías en régimen de internos
HP.2.3	Residencias de ancianos
HP.2.9	Resto de centros de asistencia en régimen de internos
HP.3	Proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria
HP.3.1	Consultas médicas
HP.3.2	Clínicas dentales
HP.3.3	Consultas de otros profesionales sanitarios
HP.3.4	Centros de asistencia a pacientes externos
HP.3.4.1	Centros de planificación familiar
HP.3.4.2	Centros de salud mental y tratamiento de toxicomanías para pacientes externos
HP.3.4.3	Centros autónomos de cirugía ambulatoria
HP.3.4.4	Centros de diálisis
HP.3.4.5	Resto de centros de especialidades múltiples y servicios cooperativos para pacientes externos
HP.3.4.9	Resto de centros colectivos de atención para pacientes externos y otros centros integrados
HP.3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico
HP.3.6	Proveedores de servicios de asistencia sanitaria a domicilio
HP.3.9	Otros proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria
HP.3.9.1	Servicios de ambulancia
HP.3.9.2	Bancos de sangre y de órganos
HP.3.9.9	Proveedores de otros servicios de asistencia sanitaria ambulatoria
HP.4	Minoristas y otros proveedores de productos médicos
HP.4.1	Farmacias
HP.4.2	Minoristas y otros proveedores de gafas ópticas y otros productos para la vista
HP.4.3	Minoristas y otros proveedores de aparatos auditivos
HP.4.4	Minoristas y otros proveedores de aparatos médicos (distintos de las gafas ópticas y de los aparatos auditivos)
HP.4.9	Resto de vendedores diversos y otros proveedores de productos farmacéuticos y médicos
HP.5	Provisión y gestión de programas públicos de sanidad
HP.6	Gestión y seguros generales sanitarios
HP.6.1	Administración pública de la sanidad
HP.6.2	Fondos de la seguridad social
HP.6.3	Otros seguros sociales
HP.6.4	Otros seguros (privados)
HP.6.9	Resto de proveedores de gestión sanitaria
HP.7	Otros sectores (resto de la economía)
HP.7.1	Instituciones proveedoras de servicios de asistencia sanitaria ocupacional
HP.7.2	Unidades familiares proveedoras de asistencia a domicilio
HP.7.9	Otros sectores productores secundarios de asistencia sanitaria
HP.9	Resto del mundo

3. Clasificación ICHA-HF de las fuentes de financiación

Código ICHA	Fuentes de financiación
HF.1	Administraciones públicas
HF.1.1	Administraciones públicas excluidas administraciones de seguridad social
HF.1.1.1	Administración central
HF.1.1.2	Administraciones regionales / provinciales
HF.1.1.3	Administraciones locales / municipales
HF.1.2	Administraciones de 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, excluido copago
HF.2.3.2	Copago: administración central
HF.2.3.3	Copago: administraciones regionales / provinciales
HF.2.3.4	Copago: administraciones locales / municipales
HF.2.3.5	Copago: administraciones de seguridad social
HF.2.3.6	Copago: seguros sociales privados
HF.2.3.7	Copago: otros seguros privados
HF.2.3.9	Otro copago
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

**Evaluación
Económica**



**MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO**

SECRETARÍA
GENERAL DE SANIDAD

D.G. DE COHESIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD Y ALTA
INSPECCIÓN