

La Contabilidad de la Salud en España como instrumento para la toma de decisiones

Jorge Relaño Toledano

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad

Ángela Blanco Moreno

Ministerio de Economía y Hacienda



1. Contabilización del gasto sanitario en España:
 - 1.1 Cuentas satélites (EGSP)
 - 1.2 Sistema de Cuentas de Salud (SCS)
2. Aplicaciones a la toma de decisiones:
la experiencia española

La importancia de medir correctamente



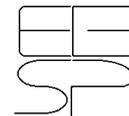
- La **Mars Climate Orbiter (MCO)** fue una sonda espacial que llegó a Marte en septiembre de 1999.
- Después de un viaje de 9 meses y medio la sonda pasó sobre Marte a sólo 57 km de altura, en lugar de los 140-150 previstos, quedando destruida por la fricción con la atmósfera del planeta.
- El error humano consistió en que el equipo de control en la Tierra hacía uso del [Sistema Anglosajón de Unidades](#) para calcular los parámetros de navegación y enviaba los datos a la nave, que realizaba los cálculos con el [sistema métrico decimal](#).

1. Contabilización del gasto sanitario en España

Gasto(s) Sanitario(s)

- Existen actualmente en España dos series principales de gasto sanitario:
 - **Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP).**
 - Únicamente considera el gasto realizado o financiado por agentes sanitarios públicos, y
 - sus métodos de elaboración y objetivos han sido pactadas entre las organizaciones territoriales y no territoriales integrados en el Sistema Nacional de Salud español.
 - Por ello, es coherente a nivel nacional y puede utilizarse para **comparaciones entre comunidades autónomas.**
 - **Sistema de Cuentas de Salud.**
 - Se basa en clasificaciones y métodos pactados en organizaciones internacionales que afectan a los Estados miembros de las mismas,
 - incluye el gasto de los agentes privados, sin entrar en consideraciones sobre la organización de los sistemas sanitarios nacionales.
 - Se utiliza, por tanto, para **comparaciones entre estados.**

1.1 Cuentas satélites (EGSP)



ESTADÍSTICA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

Cuentas Satélite
del
Gasto
Sanitario
Público
1995 - 1999



- Incluida, con la denominación Cuentas Satélites del Gasto Sanitario Público, en el Plan Estadístico Nacional y en concreto en el Real Decreto 1663/2008, de 17 de octubre, por el que se aprueba el Plan estadístico nacional 2009-2012, como Operación Estadística número 5397.
- Comienzo elaboración en 1996 – Datos totalmente homogéneos 1969 - 2002.

- Actualmente está en la Web del MSC la serie 1988-2005 territorializada.
- Publicada la serie 2002-2009
 - Desaparece la distinción CCAA transferidas y no transferidas
 - Se elabora con gasto real -principio de devengo- en aplicación de:
 - recomendaciones del Grupo de trabajo para el análisis del gasto sanitario creado por la Primera Conferencia de Presidentes Autonómicos.
 - homologación de las cifras con los principios de Contabilidad Nacional.
 - requerimientos de los sistemas internacionales de cuentas de salud.





1.1 Cuentas satélites (EGSP)

Enfoques de la Cuenta Satélite

¿COMO?

• PRODUCCIÓN PÚBLICA

Remuneración del personal
Consumo intermedio
Consumo de capital

• PRESTACIONES SOCIALES

• TRANSFERENCIAS CORRIENTES

• FORMACION DE CAPITAL



**CLASIFICACIÓN ECONÓMICA
AGREGADOS CN**

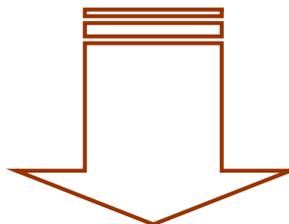
Producción

¿QUIÉN?

..GASTA ?

..FINANCIA ?

- SECTORES
- SUBSECTORES
- AGENTES

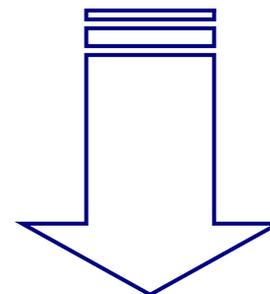


**CLASIFICACIÓN
POR SECTORES Y
SUBSECTORES**

Financiación

¿EN QUE SERVICIOS?

**ATENCIÓN ESPECIALIZADA
ATENCIÓN PRIMARIA
FARMACIA
SALUD PÚBLICA
ADMINISTRACIÓN
OTROS**



**CLASIFICACIÓN
FUNCIONAL**

Consumo



1.2 Sistema de cuentas de salud (SCS)

Cuestionario conjunto OCDE-EUROSTAT-OMS

- proporcionar un conjunto de cuentas de salud **comparables internacionalmente**, en forma de **tablas normalizadas**
- 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 las relacionadas con ésta** y poner de relieve los aspectos intersectoriales de la salud como preocupación común de las políticas sociales y económicas en varios ámbitos
- ofrecer tablas para el **análisis de los flujos de financiación** de los servicios de salud, junto con una clasificación de los sistemas de seguros y otras modalidades de financiación
- Organizado en torno a tres ejes para el registro de los gastos en salud, por medio de una **clasificación internacional para las cuentas de salud (International Classification for Health Accounts, ICHA)** que permite desglosar la atención de la salud por:

funciones (ICHA-HC)

proveedores (ICHA-HP)

fuentes de financiación (ICHA-HF)



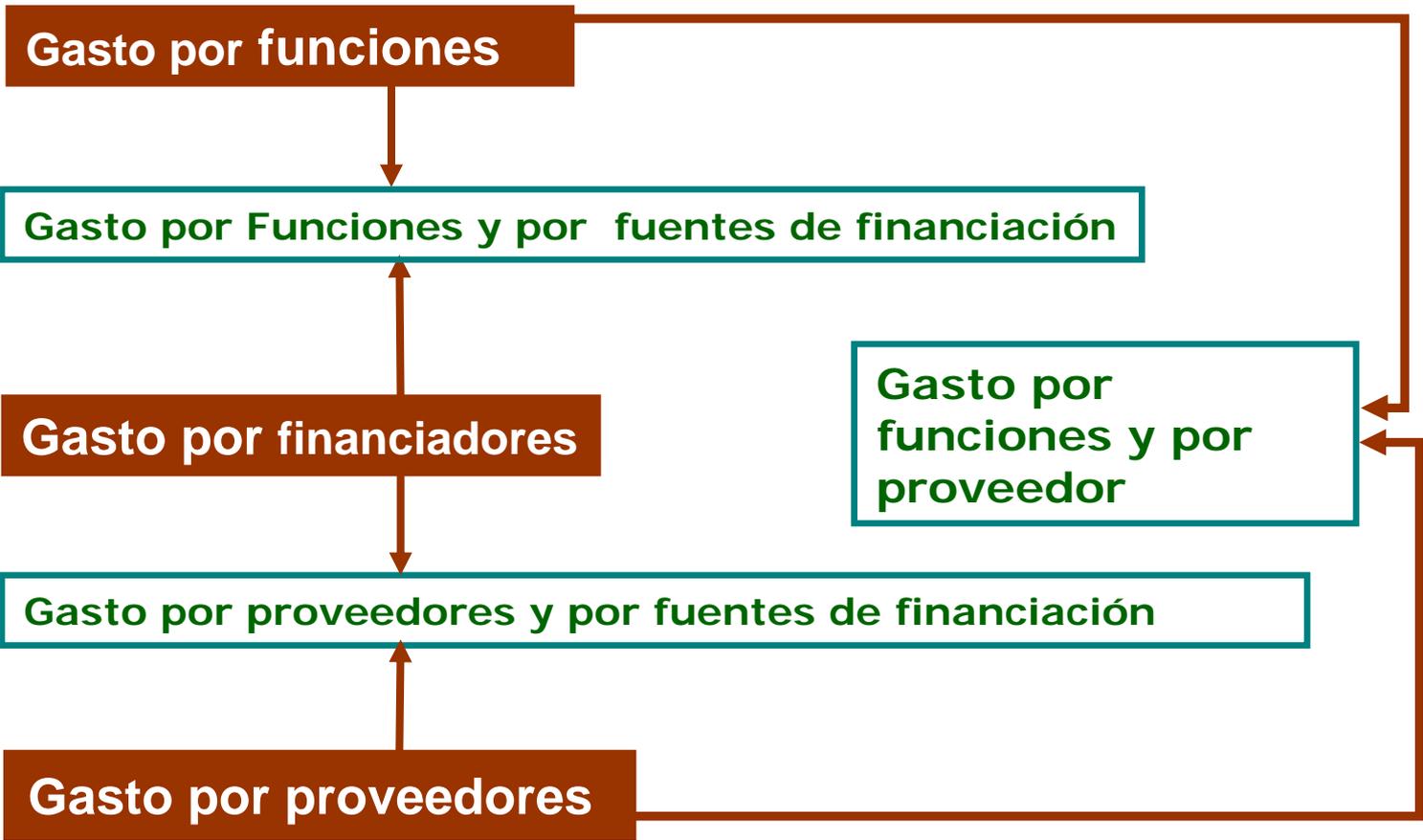
1.2 Sistema de cuentas de salud (SCS)

Cuestionario conjunto OCDE-EUROSTAT-OMS

3 clasificaciones ICHA:
International Classification on Health Accounts

funciones (ICHA-HC)
proveedores (ICHA-HP)
fuentes de financiación (ICHA-HF)

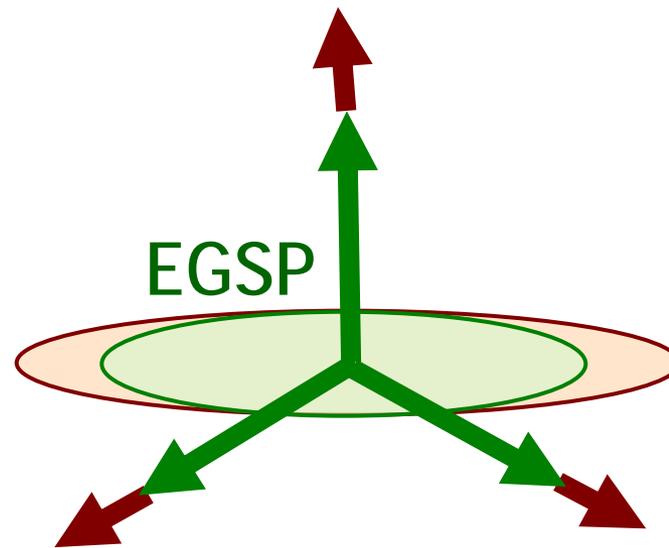
3 tablas básicas



¿de donde viene el dinero?

FUENTES DE FINANCIACIÓN

¿a dónde va el dinero?



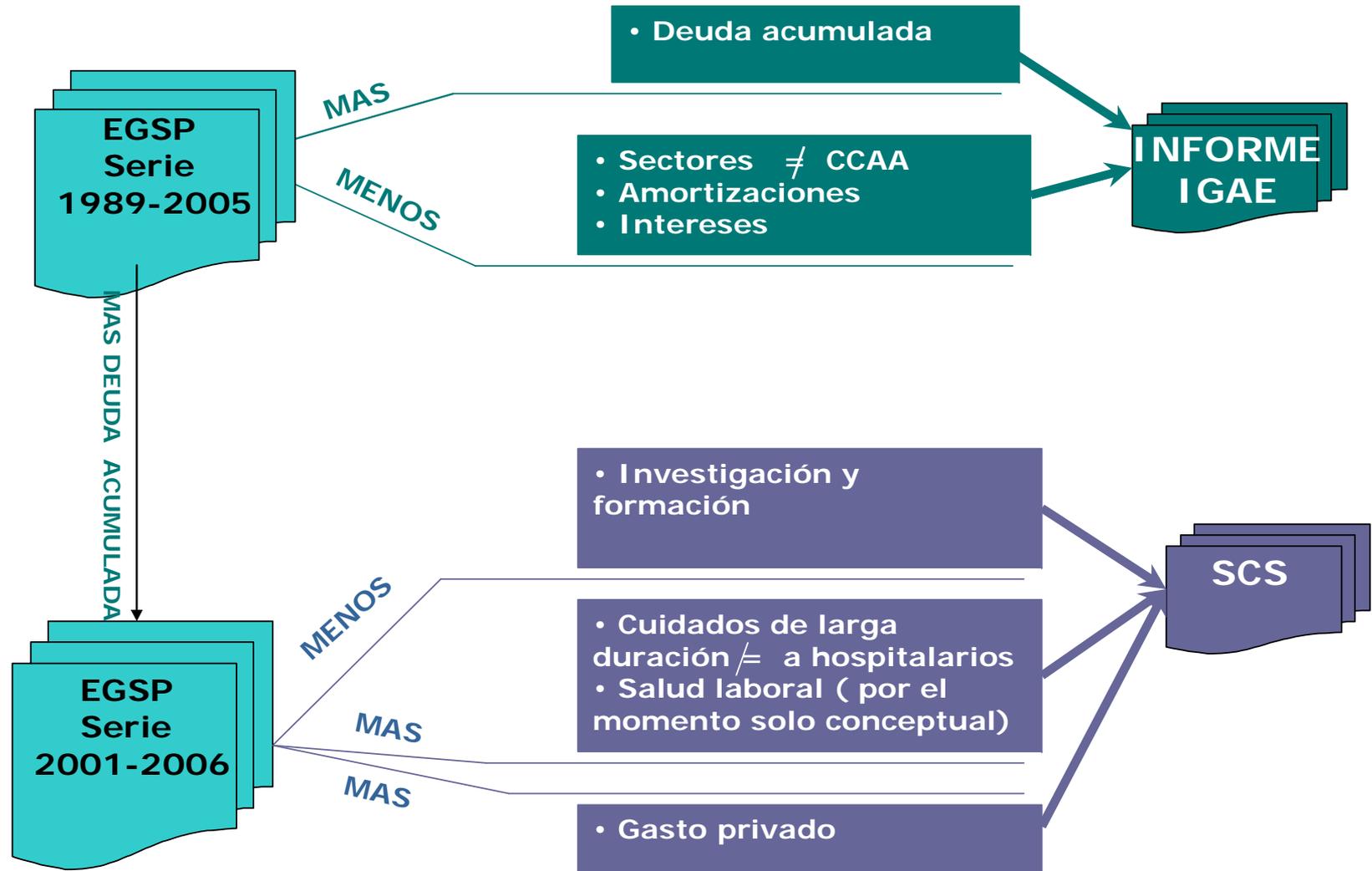
**INSTITUCIONES
PROVEEDORAS**

¿Que tipos de servicios se prestan?

SCS

**FUNCIONES
ASISTENCIALES**

EGSP - SCS Diferencias



Por tanto: Gasto(s) Sanitario(s)

Millones de euros		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario público	SCS (con CLD)	44.957	48.603	53.145	58.651	63.857	70.766	73.800
	EGSP (sin CLD no SNS) ¹	42.957	46.349	50.587	55.683	60.227	66.626	69.846
Gasto sanitario privado	Con CLD	19.037	20.435	22.162	23.603	25.481	26.698	26.431
	Sin CLD	17.225	18.489	20.003	21.341	23.022	24.108	23.667
Gasto total	Con CLD	63.994	69.038	75.307	82.255	89.339	97.464	100.231
	Sin CLD no SNS	59.888	64.545	70.256	76.638	82.800	90.268	93.021
	Sin CLD	58.888	63.417	68.993	75.324	81.393	88.710	91.430

CLD: Cuidados de larga duración;
 (1) Incluye las funciones de investigación y formación.

SNS: Sistema Nacional de Salud.



SCS Financiación

GASTO SANITARIO TOTAL

GASTO PRIVADO 28,2%

➤ Hogares	74,65 %
➤ ISFLSH	2,85 %
➤ Seguros Privados	20,80 %
➤ Sociedades	1,77%

GASTO PÚBLICO 71,8%

➤ COMUNIDADES AUTÓNOMAS 91,16 %

MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS 2,91%

➤ MUFACE	1,92 %
➤ MUGEJU	0,11%
➤ ISFAS	0,88%

ADMINISTRACIÓN CENTRAL 1,41%

➤ Ministerio Sanidad y Política Social	0,87%
➤ Ministerio de Defensa	0,37%
➤ Ministerio Interior	0,14%
➤ Ministerio de Defensa	0,37%
➤ Otros	0,03%

SEGURIDAD SOCIAL 2,87%

➤ Instituto Social de la Marina	0,04 %
➤ Mutuas accidentes de trabajo	2,47%
➤ INGESA	0,36%

➤ CORPORACIONES LOCALES Y CIUDADES AUTÓNOMAS 1,65%

EGSP – SCS Nuevas posibilidades de análisis

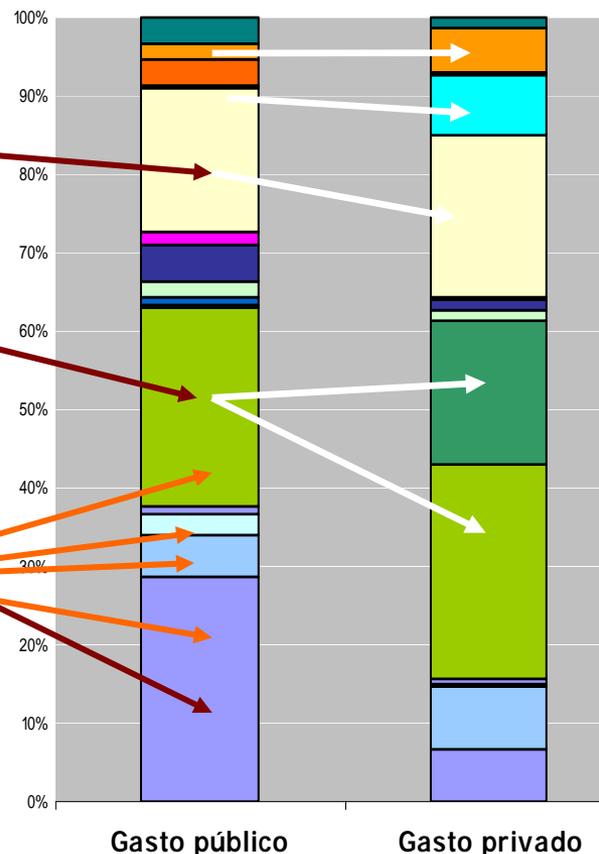
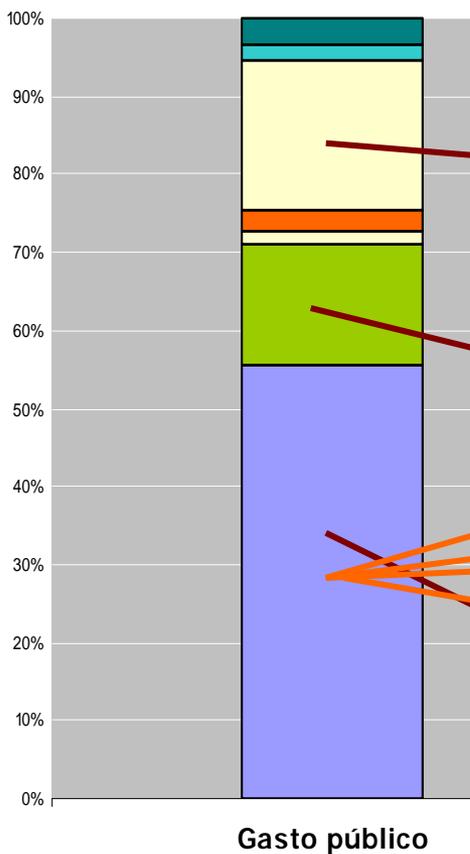
Resultados EGSP – Resultados SHA (Eco-Salud)

Clasificación funcional gasto público EGSP (2009)

Clas. funcional público y privado Eco-Salud (2009)

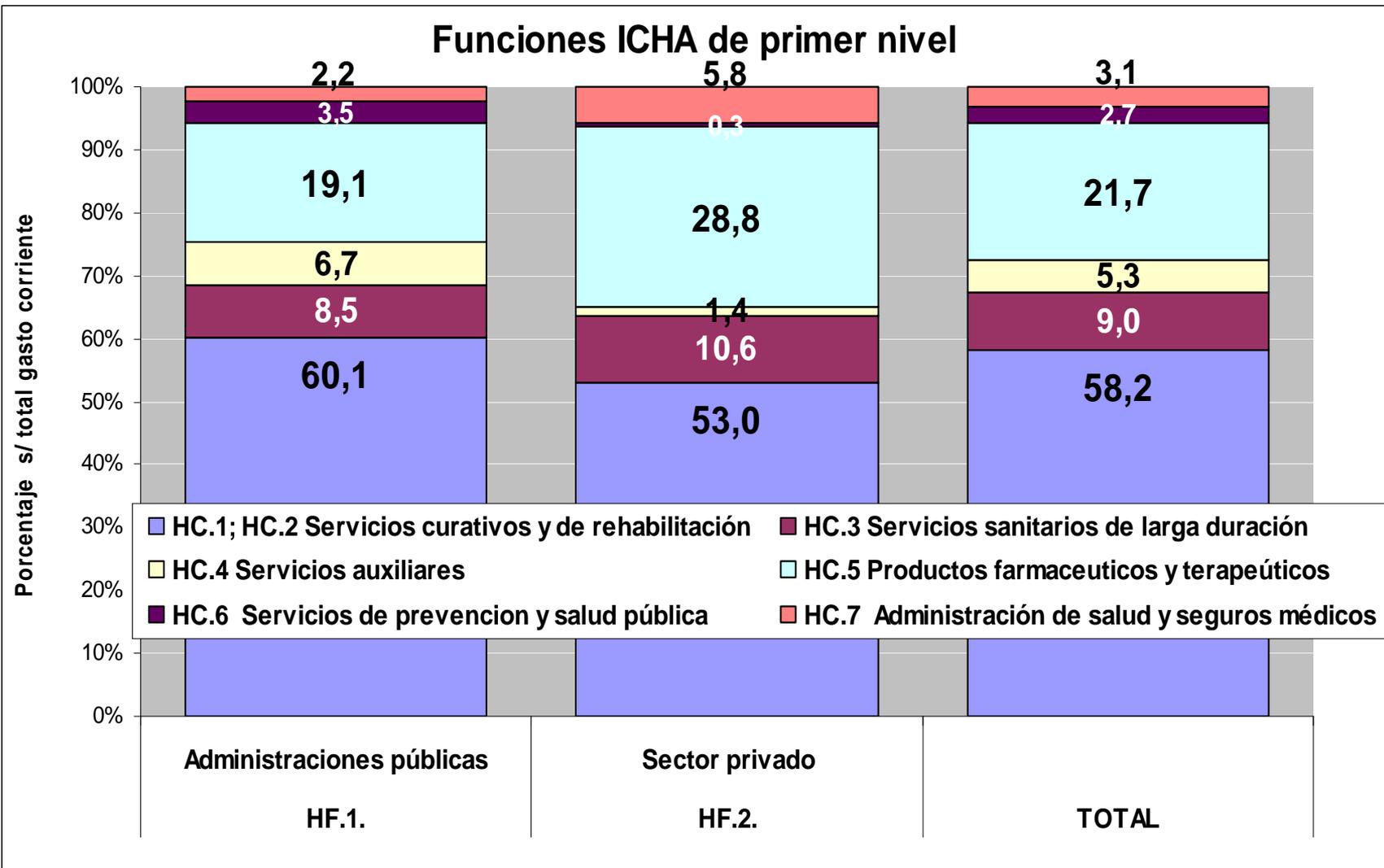
- Gasto de capital
- Administración
- Prevención y salud pública
- Prótesis y aparatos terapéuticos
- Productos farmacéuticos
- Transporte y servicios de emergencia
- Servicios auxiliares
- Atención de larga duración domiciliaria
- Asistencia curativa y rehabilitación domiciliaria
- Asistencia odontológica ambulatoria
- Asistencia médica ambulatoria
- Hospitalización de día de larga duración
- Hospitalización de día
- Atención larga duración hospitalaria
- Asistencia curativa hospitalaria

- Gasto de capital.
- Traslado, prótesis y ap. terapéuticos
- Farmacia
- Servicios colectivos de salud
- Servicios de salud pública
- Servicios primarios de salud
- Servicios hospitalarios y especializados





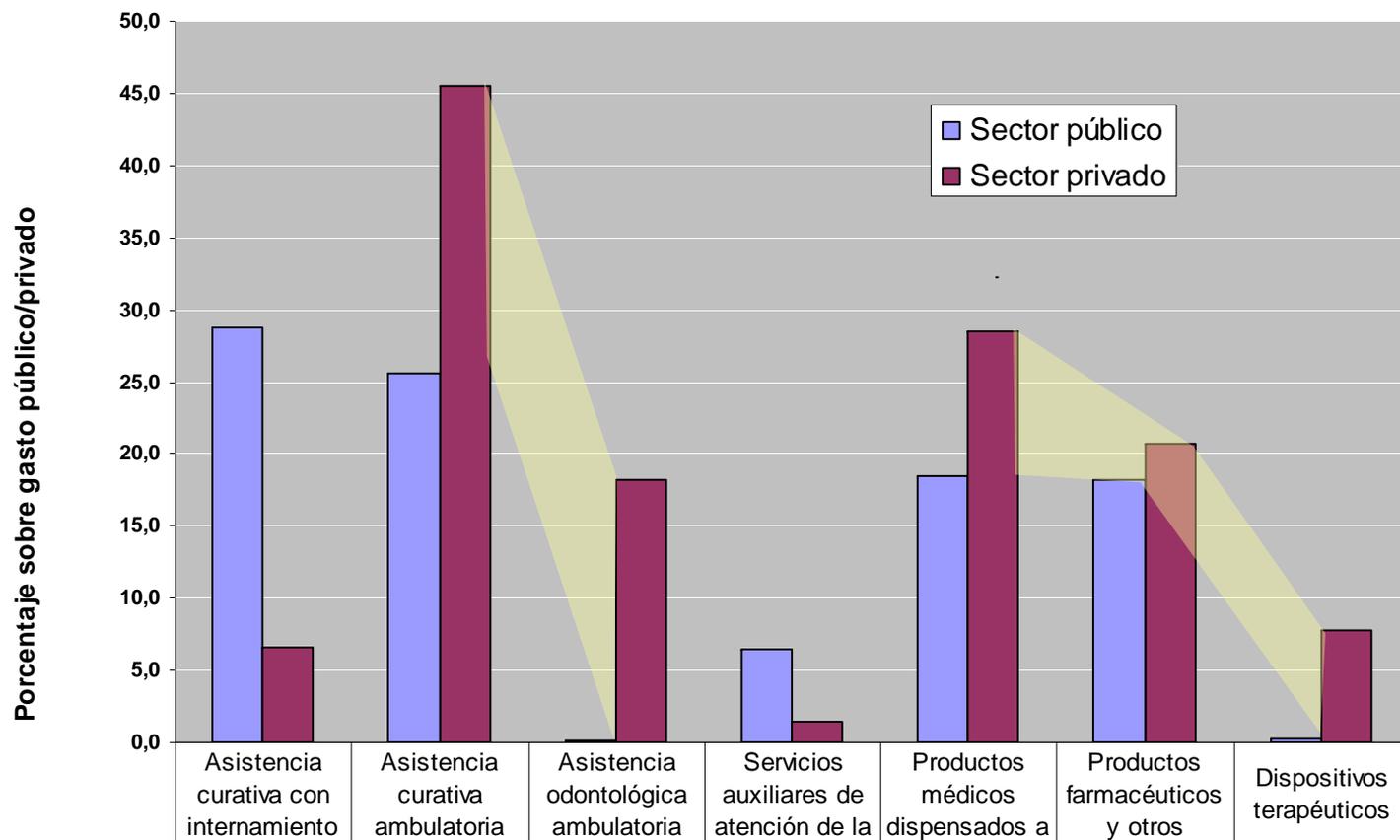
Resultados SCS -. Funciones y financiación 2009





Resultados SCS - Funciones y financiación

Principales diferencias público / privado por funciones de segundo nivel - 2009

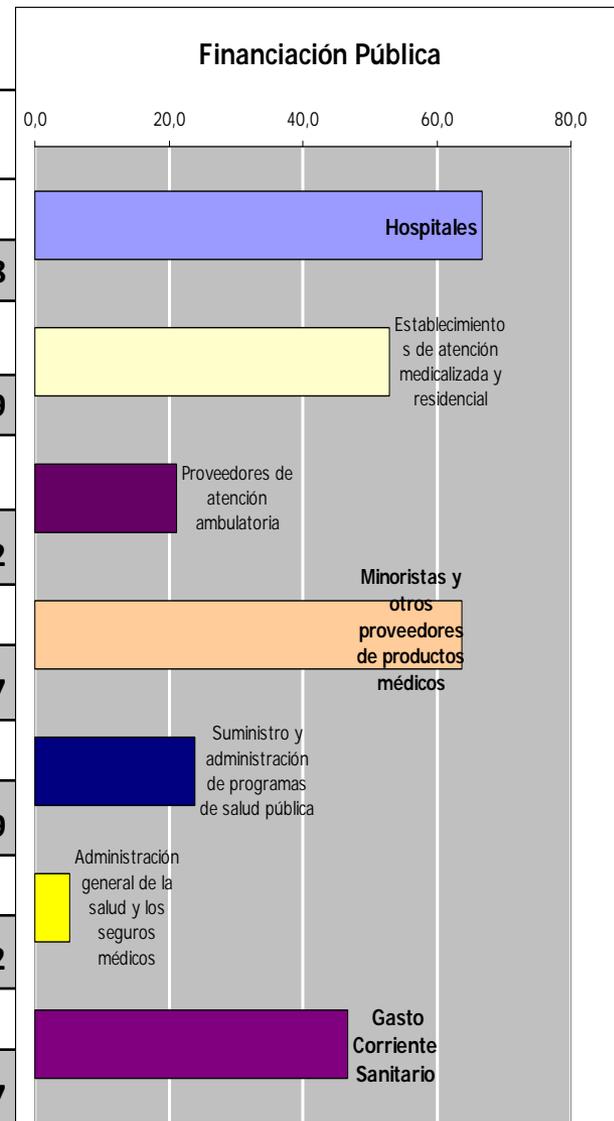


■ Sector público	28,8	25,6	0,1	6,4	18,5	18,2	0,3
■ Sector privado	6,6	45,5	18,2	1,4	28,4	20,7	7,7

Financiación pública del sector privado

Financiación y titularidad de los proveedores sanitarios (2009)

Sector público y privado		Titular	Financ.	Financ. pública
Hospitales	sector público	30.773	35.313	
	sector privado	6.799	2.259	66,8
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	sector público	1.438	3.345	
	sector privado	3.607	1.700	52,9
Proveedores de atención ambulatoria	sector público	10.413	13.958	
	sector privado	16.722	13.177	21,2
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	sector público	0	12.921	
	sector privado	20.291	7.371	63,7
Programas de salud pública	sector público	757	792	
	sector privado	144	109	23,9
Administración general de la salud y los seguros médicos	sector público	1.328	1.420	
	sector privado	1.764	1.671	5,2
Gasto Corriente Sanitario	sector público	44.708	67.747	
	sector privado	49.327	26.288	46,7



2. APLICACIONES A LA TOMA DE DECISIONES

Aplicaciones a la toma de decisiones: la experiencia española

2. APLICACIONES A LA TOMA DE DECISIONES

1. Asignar recursos
(financiación territorial)
2. Mejorar eficiencia
3. Garantizar la sostenibilidad
4. Priorizar el destino de los recursos

2. 1. ASIGNACIÓN DE RECURSOS (2001)

DISTRIBUCIÓN DEL FONDO GENERAL PORCENTAJES RELATIVOS DE LAS VARIABLES DEL MODELO

Comunidades Autónomas	Población Protegida Relativa	Población de más de 65 años relativa	Insularidad por tramos relativa
Andalucía	19,32	16,58	
Aragón	3,16	4,05	
Principado de Asturias	2,95	3,65	
Islas Baleares	2,21	1,97	22,65
Canarias	4,47	3,10	77,35
Cantabria	1,43	1,58	
Castilla y León	6,55	8,69	
Castilla-La Mancha	4,61	5,44	
Cataluña	16,99	17,06	
Comunidad Valenciana	10,98	10,63	
Extremadura	2,83	3,16	
Galicia	7,30	8,67	
Comunidad de Madrid	13,53	12,03	
Región de Murcia	2,98	2,59	
La Rioja	0,71	0,82	
Total	100,00	100,00	100,00
% del Fondo General distribuido según cada criterio	75%	24,5%	0,5%

Fuente: Consejo de Política Fiscal y Financiera

2. 1. ASIGNACIÓN DE RECURSOS (2009)

INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES

INFORME PARA EL ANÁLISIS
DEL GASTO SANITARIO



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y HACIENDA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

GRUPO DE TRABAJO DE LA CONFERENCIA DE PRESIDENTES
PARA EL ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO
PRESIDIDO POR LA IGAE

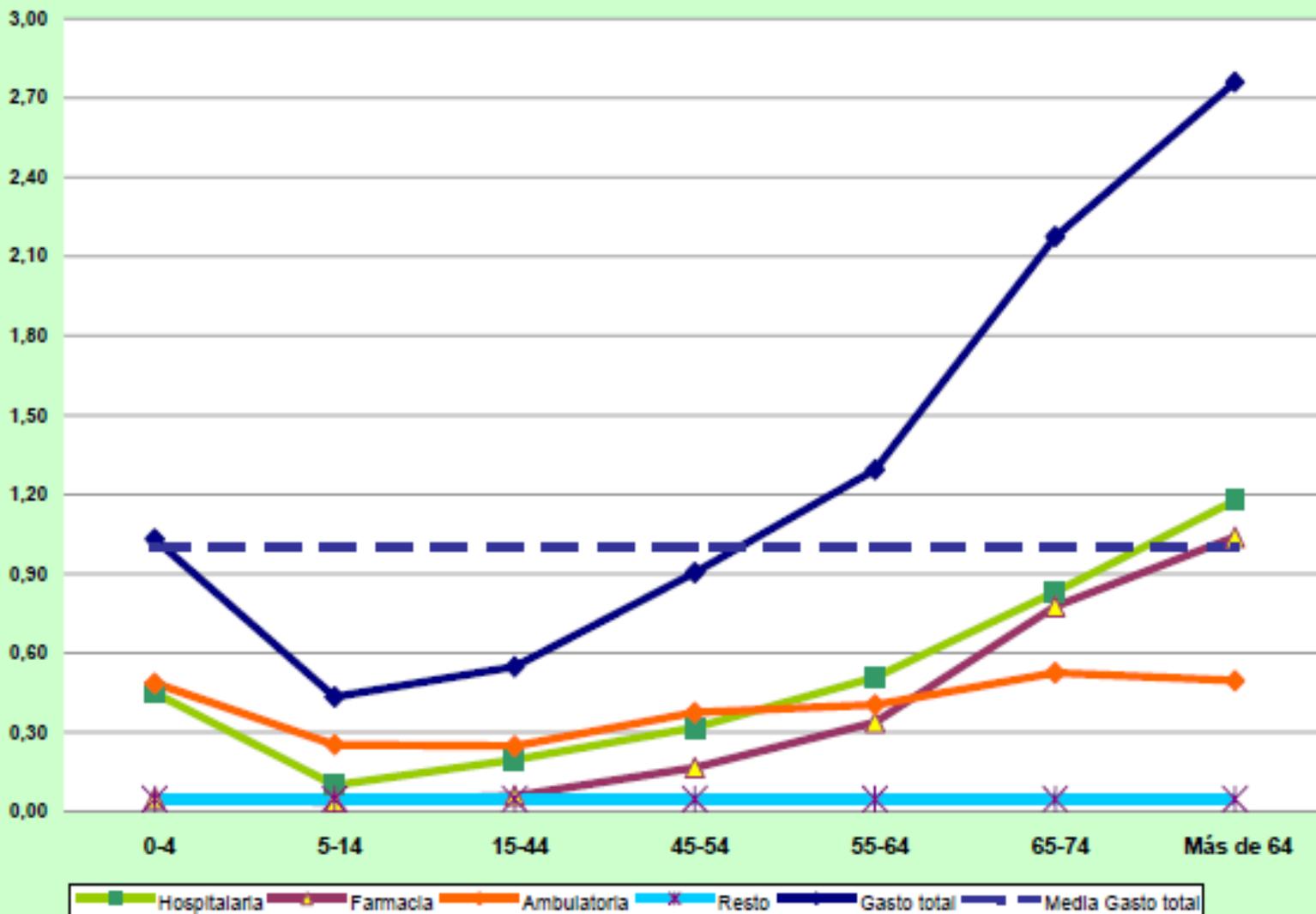
SEPTIEMBRE 2007

La actual ley de financiación de las Comunidades Autónomas (2009) se basa en los perfiles por edad y sexo del gasto sanitario obtenidos a partir de las cuentas de salud españolas



2. 1. ASIGNACIÓN DE RECURSOS

Perfiles de gasto sanitario público por tramos de edad: Total y funciones



2.2. MEDIDAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA (2005→)

	Partida presupuestaria	Insularidad	Anticipos a cuenta	INGESA	Fondo de cohesión sanitaria	Fondo de garantía sanitaria	Asistencia residentes extranjeros	Accidentes laborales no cubiertos por mutuas	Incremento en impuesto alcohol y tabaco	Total	
	2006	2006	2005	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	
Cataluña	85,8		214,2	214,2							
Galicia	36,1		109,6	109,6							
Andalucía	91,1		274,7	274,7							
Asturias	14,5		41,2	41,2							
Cantabria	7,1		23,5	23,5							
La Rioja	3,7		12,3	12,3							
Murcia	15,2		40,0	40,0							
Comunidad Valenciana	56,1		131,7	131,7							
Aragón	16,2		46,6	46,6							
Castilla-La Mancha	23,7		69,8	69,8							
Canarias	24,0	28,7	66,2	66,2							
Extremadura	13,6		47,5	47,5							
Baleares	12,0	26,3	30,7	30,7							
Madrid	68,0		157,4	157,4							
Castilla y León	33,0		100,2	100,2							
Ceuta			0,2	0,2	0,6303						
Melilla			0,2	0,2	0,5697						
Total	500	55,0	1.365,8	1.365,8	1,2	45,0	500,0*	200,0*	100,0*	227,0*	4.359,8

Cantidades en millones de euros.

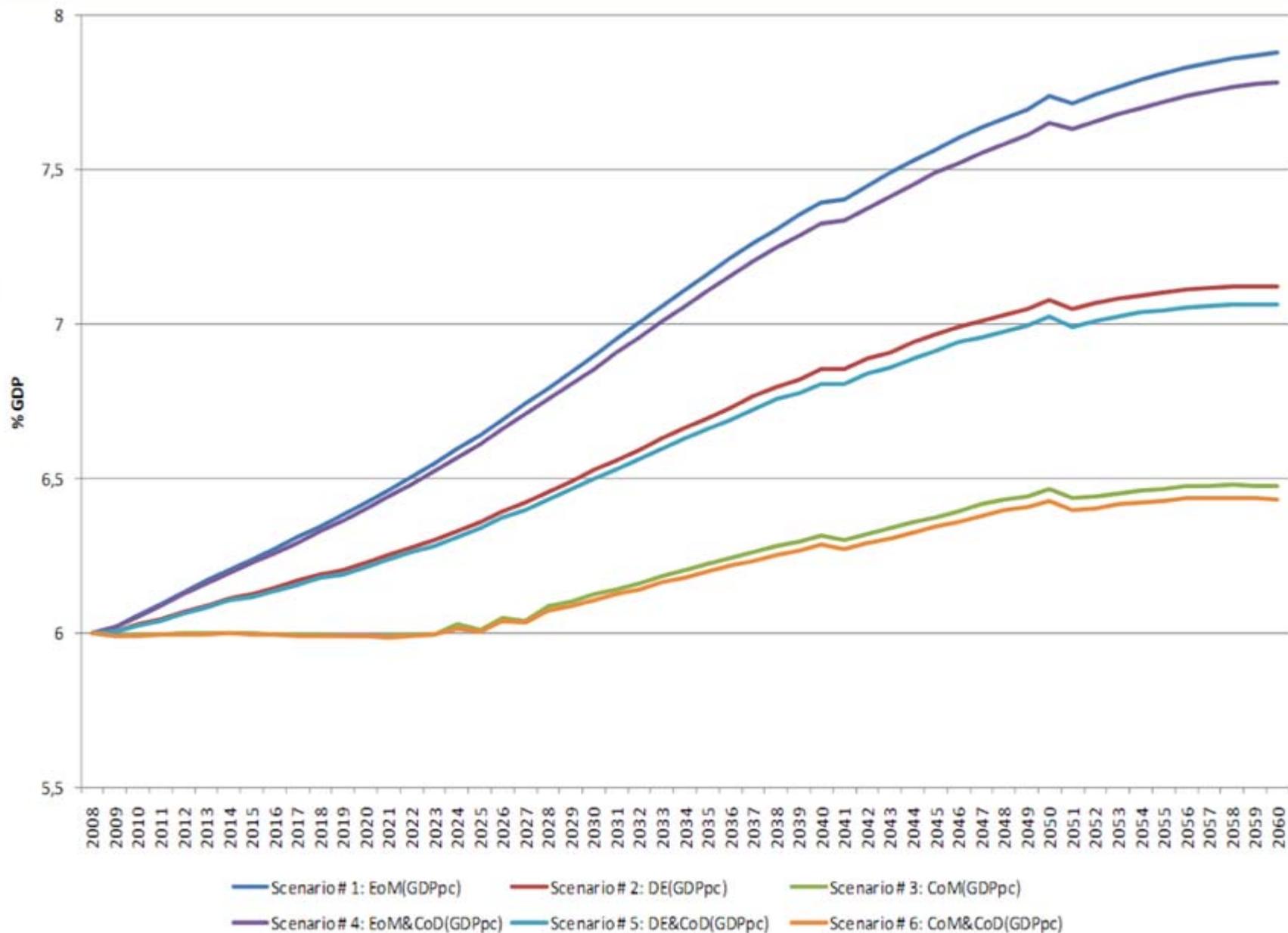
*En función de resultados.

Fuente: MEH. Tomado de la página Web: <http://documentacion.meh.es/doc/GabineteMinistro/Notas%20de%20Prensa/2005/Politica%20Economical/13-09-05%20cuadro%20nota%20CPFF%201.pdf>

Tabla 2. Fondos que las Comunidades Autónomas van a recibir en los próximos 15 meses (continúa)



2.4. SOSTENIBILIDAD (DESDE 2000 →)

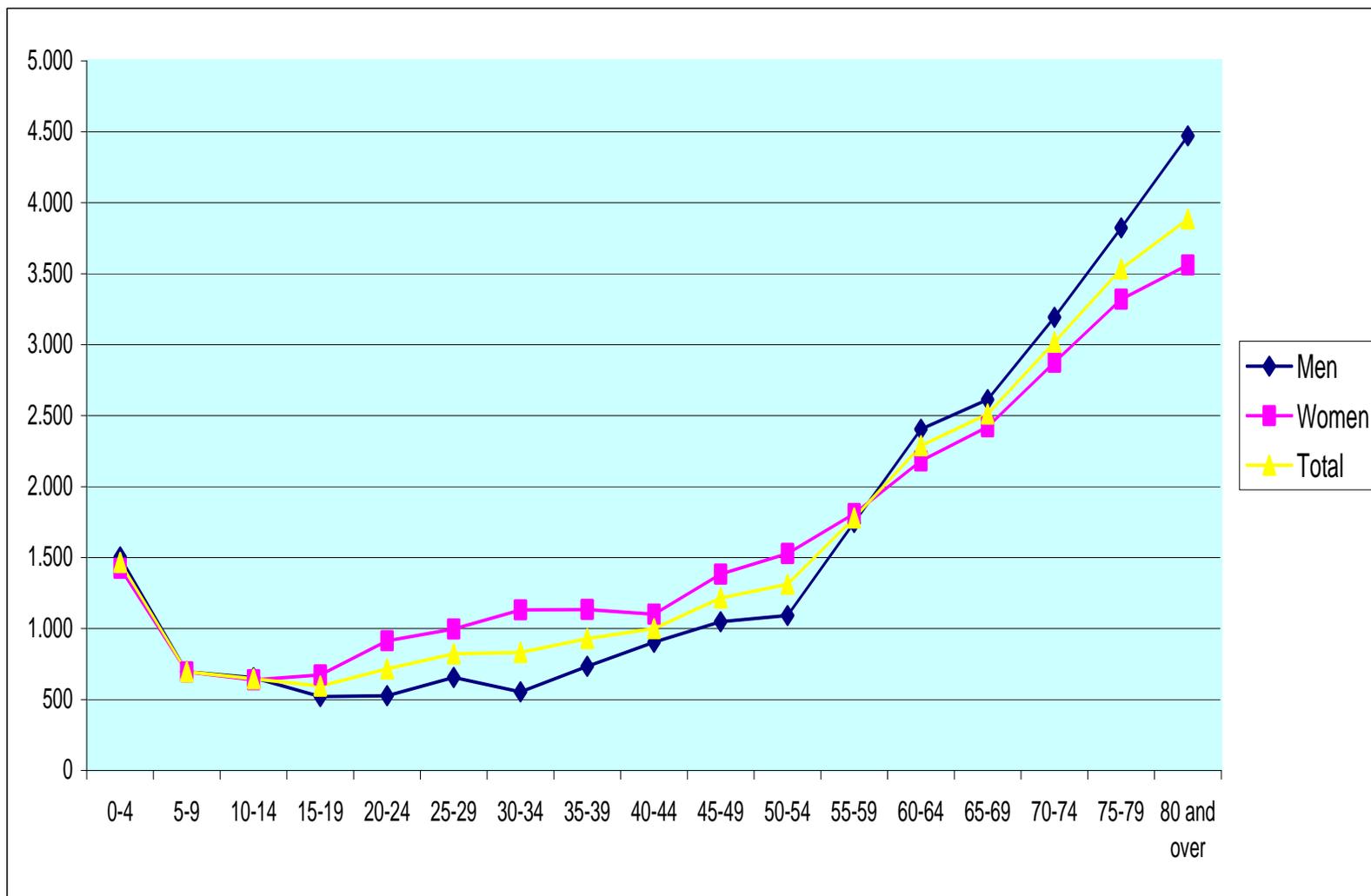


2.4. SOSTENIBILIDAD (DESDE 2000 →)

1. Nuestros resultados apoyan una vez más el hecho de que el efecto demográfico no es el principal impulsor del gasto en salud, cambiando el foco de atención a otros factores.
2. Como era de esperar, los resultados apuntan a una presión más moderada de la demografía cuando se considera la hipótesis sobre el "coste de la muerte". Estas estimaciones, sin embargo, muestran una menor intensidad del efecto de la proximidad de la muerte que las estimaciones previas realizadas para la ronda de proyecciones de 2005 del AWG.
3. También se observa que las mejoras en el estado de salud moderan el efecto de la proximidad de la muerte. Mejorar el estado de salud tiene un impacto significativo en la reducción de gasto de la salud.
4. El aumento de la cantidad de los servicios de salud consumidos en mayor proporción que el PIB per cápita también tiene un impacto significativo. No se ha podido separar de este efecto global el de los factores endógenos relacionados con la respuesta del sistema de salud a los nuevos patrones de morbilidad derivadas del envejecimiento. Se necesita más investigación en este campo.

2.4. SOSTENIBILIDAD (DESDE 2000 →)

Public expenditure on health. Euros per capita (2008).



2.3. PRIORIZACIÓN (2003-2004)



PLANES
DE SALUD

Planificación Sanitaria

Planificación

Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD

AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN ESPAÑA. AÑO 2003
Miles de euros

Seguimiento (*)	COSTE INDIRECTO	Pérdida de productividad laboral ocasionada por la mortalidad prematura	Pérdida de productividad laboral ocasionada por incapacidad transitoria	Pérdida de productividad laboral ocasionada por incapacidad permanente
311,70	1.221,45	528,43	187,05	505,97
36,96	178,36	82,96	25,75	69,65
8,22	41,11	19,20	5,91	16,00
6,55	35,63	19,34	4,40	11,89
6,02	26,07	11,04	4,06	10,97
11,74	51,30	25,58	6,94	18,78
4,52	16,41	7,62	2,37	6,42
9,41	40,35	16,92	6,32	17,11
15,66	70,71	31,07	10,70	28,94
39,31	209,22	79,74	34,95	94,53
23,50	125,85	58,24	18,25	49,36
5,35	22,95	10,25	3,43	9,27
17,78	76,05	35,03	11,07	29,95
46,94	185,71	69,71	31,31	84,69
10,54	26,96	11,18	4,26	11,52
4,37	21,11	9,92	3,02	8,17
17,03	82,79	36,43	12,51	33,85
1,61	6,96	2,36	1,24	3,36
0,87	3,91	1,84	0,56	1,51

La obtención del coste indirecto se ha realizado de acuerdo con el método del capital humano. y Prestaciones. Elaboración propia.

2.3. PRIORIZACIÓN (2003-2004)

Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud



ESTADÍSTICAS TOTALES DE CÁNCER (*) EN ESPAÑA a 2003. En euros

Comunidad Autónoma	Coste indirecto	Mortalidad prematura	Incapacidad permanente (IP)	Incapacidad transitoria (IT)	
Andalucía	17.702	71.081.805	34.589.144	32.534.358	3.958.303
Aragón	10.593	15.106.439	6.984.181	7.190.117	932.142
Castilla-La Mancha	2.322	13.852.303	6.375.310	6.632.507	844.485
Castilla y León	5.404	12.384.133	5.872.672	5.827.350	684.111
Cataluña	5.624	18.640.181	8.949.827	8.617.863	1.072.491
Canarias	9.141	7.717.886	4.016.627	3.302.498	398.760
Comunidad Valenciana	9.265	25.298.654	11.860.850	11.901.368	1.536.436
Extremadura	7.147	16.567.953	7.716.315	7.850.403	1.001.234
Gaia	2.863	109.089.158	54.238.810	48.698.847	6.151.501
Galicia	4.192	52.185.128	24.965.514	24.192.559	3.027.056
Madrid	9.557	10.469.093	5.096.242	4.778.824	594.027
Murcia	2.546	34.930.502	16.375.408	16.429.951	2.125.142
Navarra	8.806	90.725.464	46.629.497	39.212.493	4.883.475
País Vasco	4.379	10.621.309	5.422.835	4.627.576	570.897
Países Bajos	3.232	8.195.778	4.139.721	3.573.122	482.934
Países Bajos	8.033	43.480.349	21.351.055	19.499.624	2.629.669
Países Bajos	2.944	3.664.402	1.858.983	1.573.728	231.690
Países Bajos	4.960	1.174.715	644.181	476.528	54.006
Países Bajos	8.710	545.185.252	267.087.173	246.919.719	31.178.361

2000.

va y col., Informe sobre las pérdidas de productividad ocasionadas por el cáncer en España.



TAREAS:

- CONSOLIDAR Y MANTENER LA INFRAESTRUCTURA ESTADÍSTICA PARA LA CONTABILIDAD DE LA SALUD Y SU ARMONIZACIÓN INTERNACIONAL

TAREAS:

- AVANZAR EN EL TRASPASO DEL CONOCIMIENTO DERIVADO DE LA CUENTAS DE SALUD A LA TOMA DE DECISIONES:

- GASTO POR EDAD Y SEXO
- GASTO POR PATOLOGÍAS