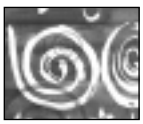
La contabilidad sanitaria de la OCDE

PABLO ANTONIO MORENO VALERO*

El sistema de contabilidad sanitaria, en sus siglas en inglés (SHA) proporciona un núcleo de datos integrales, coherentes y flexibles. Establece una base conceptual para las normas de comunicación de las estadísticas y propone para su ordenación la recientemente desarrollada Clasificación Internacional de Contabilidad Sanitaria, en sus siglas en inglés (ICHA), que comprende tres dimensiones: la atención sanitaria por funciones; los proveedores de los servicios sanitarios y las fuentes de financiación. La contabilidad planteada permite cubrir las necesidades tanto de los analistas de los sistemas sanitarios como de los poderes públicos. Establecen un marco común para mejorar la fiabilidad de las comparaciones entre períodos de tiempo y países. Su empleo está especialmente indicado en las comparaciones internacionales que recojan datos de países muy diversos cuyos sistemas sanitarios se organizan y financian de maneras distintas.

Palabras clave: contabilidad sanitaria, funciones básicas, proveedores, fuentes de financiación, OCDE.

Clasificación JEL: I10.



1. Introducción

La sanidad se ha convertido en uno de los sectores económicos más importantes de los países de la OCDE y uno de los más dinámicos en lo que se refiere a la creación de empleo y la innovación. Se ha avanzado mucho en la mejora de la salud pública y la cobertura universal en la mayor parte de los países de la OCDE. No obstante, sigue habiendo motivos de preocupación en cuanto a la idoneidad de los recursos y su utilización actual, así como a la manera más equitativa, eficiente y eficaz de prestar la atención sanitaria. Ante los retos que suponen la velocidad del cambio tecnológico, las crecientes expectativas de los pacientes y el envejecimiento de las poblaciones, se han acrecentado las voces que reclaman reformas más amplias. Por consiguiente, aumenta la demanda de un núcleo básico de datos financieros procedentes tanto de las Contabilidades Sanitarias Nacionales como de las comparaciones internacionales del gasto sanitario.

2. Principios del sistema de contabilidad sanitaria

En la actualidad, las contabilidades sanitarias nacionales de los distintos países se encuentran en diferentes fases de desarrollo y pueden diferenciarse no sólo en función de cómo se delimita la sanidad de las demás actividades sociales y económicas, sino también de las clasificaciones utilizadas, el nivel de detalle que se proporciona y las normas contables empleadas. El Sistema de Contabilidad Sanitaria proporciona el marco para una familia de cuadros interrelacionados para la comunicación uniforme del gasto y la financiación sanitarios.

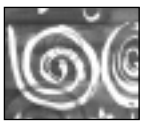
Como sistema contable, este conjunto de cuadros se basa en conceptos, definiciones, clasificaciones y normas contables comunes, que son

* Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Economía y Hacienda Pública.

requisitos previos, necesarios para comparar datos que abarcan diferentes series temporales o proceden de diferentes países. Por consiguiente, el SHA comprende elementos que son relevantes para países con diversos niveles de renta.

La demanda de mejoras en la contabilidad sanitaria viene impulsada por la complejidad creciente de los sistemas sanitarios en muchos países y la rápida evolución de la tecnología. Los poderes públicos y los observadores de los sistemas sanitarios y de las reformas recientes han planteado la cuestión de la idoneidad de los usos contables actuales y la capacidad de las contabilidades sanitarias para hacer un seguimiento adecuado de unos sistemas sanitarios cambiantes cuya complejidad va en aumento. Las expectativas, asimismo crecientes, de los consumidores de los servicios sanitarios han contribuido a la demanda de información actualizada sobre los sistemas sanitarios.

Por lo general la contabilidad sanitaria nacional se presenta en forma de cuadros bidimensionales que clasifican el gasto sanitario en función de proveedores de servicios sanitarios/programas y de las fuentes de financiación. Actualmente, cada país define la combinación concreta de criterios institucionales y funcionales que se emplean para clasificar a los proveedores de los servicios sanitarios. Los contenidos de los conceptos resultantes (como «ciudad sanitaria», «clínica de maternidad» o «médico de cabecera») no son iguales en los diversos países y por lo tanto las líneas divisorias de lo que constituye el conjunto del gasto sanitario varían entre países y cambian con el tiempo.



La experiencia acumulada a lo largo de más de dos décadas en que se han venido realizando comparaciones internacionales y análisis de las políticas sanitarias a nivel nacional sugiere que la separación entre los aspectos institucionales y funcionales de los servicios sanitarios y su tratamiento como dos dimensiones distintas de la comunicación de datos son esenciales a los efectos de la comparación internacional de las contabilidades sanitarias. Dicha separación es asimismo una herramienta imprescindible para mejorar las comparaciones temporales dentro de una misma contabilidad sanitaria nacional. Dicho principio, que se ha incorporado muy recientemente en la contabilidad sanitaria, se ha seguido y aplicado en la recopilación de datos de otra índole, referidos a campos definidos en términos funcionales que revisten un interés específico para la política nacional como son la enseñanza, la investigación y desarrollo y la protección social en general.

La prestación de los servicios sanitarios y su financiación es un proceso complejo y multidimensional. El conjunto de cuadros básicos del Sistema de Contabilidad Sanitaria contempla tres conceptos clave:

- ¿de dónde procede el dinero? (fuente de financiación);
- ¿en qué se gasta el dinero? (proveedores de servicios y productos sanitarios);
- ¿qué tipo de servicios (definidos por funciones) se prestan y qué tipo de productos se adquieren?

Por consiguiente, el SHA se organiza en torno a un sistema de tres ejes para contabilizar el gasto sanitario, mediante la recientemente propuesta de Clasificación Internacional de la Contabilidad Sanitaria, que define:

- los servicios sanitarios por funciones (ICHA-HC);
- los sectores de proveedores de servicios sanitarios (ICHA-HP);
- las fuentes de financiación de los servicios sanitarios (ICHA-HF).

Los objetivos principales del Sistema de Contabilidad Sanitaria de la OCDE son los siguientes:

- proporcionar un núcleo de datos contables sanitarios comparables a nivel internacional en la forma de cuadros uniformes;
- definir y armonizar internacionalmente los límites de la atención sanitaria y las categorías básicas de la que se compone;
- distinguir entre las funciones básicas de la atención sanitaria y las que son funciones relacionadas con la salud, destacando los aspectos intersectoriales de la sanidad que son preocupación común de la política social y económica en diferentes frentes;
- presentar cuadros para el análisis de la financiación de la atención sanitaria, junto con la clasificación de programas de seguros y otras modalidades de financiación;

• establecer el marco de los agregados principales relevantes como orientación para la investigación comparativa de la meso y microestructura de los servicios sanitarios;

• proponer un marco para que la información sobre los servicios sanitarios comunicada en el transcurso de un período más o menos largo guarde una coherencia interna;

• realizar un seguimiento de las consecuencias económicas de la reforma y la política sanitarias;

• proporcionar un marco para analizar los sistemas sanitarios desde el punto de vista económico, que sea compatible con las normas contables nacionales;

• presentar un modelo económico de la oferta y la utilización de los servicios sanitarios a modo de herramienta a fin de mostrar los vínculos conceptuales entre el Sistema de Contabilidad Sanitaria y las contabilidades sanitarias satélite.

3. Las líneas divisorias globales de la atención sanitaria

Las líneas divisorias de un sistema de atención sanitaria definido en términos funcionales enmarcan la temática de la contabilidad sanitaria. El enfoque del SHA es «funcional» en la medida en que se refiere a los objetivos o finalidades de la atención sanitaria como son la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, el tratamiento médico, la rehabilitación y la atención a largo plazo. Aunque los límites exactos surgirán de la propia clasificación funcional, convendría, como punto de partida, explicar la filosofía fundamental seguida en la elaboración de la ICHA-HC.

En este sentido, las actividades de la atención sanitaria en un país comprenden todas las realizadas por instituciones o individuos que aplican conocimientos y tecnologías médicas, paramédicas o de enfermería para lograr los siguientes objetivos:

• promocionar la salud y prevenir la enfermedad;

• curar la enfermedad y reducir la mortalidad prematura;

• atender a las personas aquejadas de una enfermedad crónica que precisan de los servicios de enfermería para un seguimiento continuado;

• atender a las personas que sufren deficiencias, discapacidades o insuficiencias relacionadas con la salud, que precisan de los servicios de enfermería para un seguimiento continuado;

• ayudar a los enfermos a que tengan una muerte digna;

• prestar y gestionar los servicios propios de la sanidad pública;

• prestar y gestionar los servicios de programas sanitarios, seguros de enfermedad y otras modalidades de financiación.

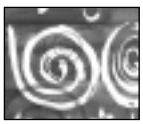
De los anteriores criterios derivan varias normas generales para delimitar el área de la asistencia sanitaria dentro del SHA. En la mayor parte de los casos, el requisito previo de ostentar unos conocimientos médicos o de enfermería se recoge en las normas nacionales sobre la acreditación o autorización del personal sanitario. El cumplimiento de dicho requisito permite a dicho personal ejercer sus respectivas profesiones, poniendo en práctica sus conocimientos médicos y de enfermería. Como casos límite podrían citarse la medicina tradicional o prácticas alternativas aceptadas como son la medicina china, la antroposófica, etcétera, cuya naturaleza requiere que se traten país por país.

En el contexto del SHA, no se considera que las medidas generales de seguridad pública, como son por ejemplo el control de las normas técnicas o la seguridad en carretera, sean una aplicación de la tecnología médica, por lo que se excluyen del núcleo de funciones de la atención sanitaria. El control de los alimentos, la higiene o del agua potable, en cambio, sí son funciones que implican ambas áreas, seguridad y sanidad. Por lo tanto, se recogen por separado en las categorías de la ICHA-HC referidas a las funciones relacionadas con la sanidad y se comunican bajo epígrafes complementarios, reflejados como conceptos «de memoria». Estas funciones no se incluyen en el gasto sanitario total del SHA.

4. La clasificación funcional de atención sanitaria (ICHA-HC)

Las funciones de la atención sanitaria personal constituyen las funciones HC.1 a HC.5. Se trata de bienes y servicios prestados directamente al individuo, distinguiéndose de los servicios prestados a la sociedad en su conjunto (HC.6, Medicina preventiva y sanidad pública y HC.7, Gestión sanitaria y seguro de enfermedad). Las funciones de la atención sanitaria personal se clasifican tanto por funciones básicas de la atención (curativas, de rehabilitación y atención a largo plazo) como por modo de producción (en régimen interno, en régimen del mismo día, en régimen externo, a domicilio).

El criterio básico para la clasificación de los servicios sanitarios es el tipo de atención prestado (curativo, de rehabilitación o a largo plazo). Se han empleado como modelo las definiciones desarrolladas por el Comité de Datos Sanitarios de Australia y por la Comisión Conjunta de Acreditación de las Organizaciones de Atención Sanitaria de los EEUU.



Régimen interno

En el régimen interno el paciente ingresa formalmente en una institución (o «se hospitaliza») para tratamiento y/o atención y pasa al menos una noche en el hospital u otra institución que le presta atención interna. La atención interna se presta fundamentalmente en los hospitales, pero en parte también en los sanatorios y centros de convalecencia, así como en centros que, en atención a que su enfoque principal es de régimen externo, se clasifican como tales, pero que prestan servicios en régimen interno como actividad secundaria. Se observará que la expresión «régimen interno» según se emplea en el SHA tiene un significado más amplio que en algunos sistemas nacionales de comunicación de datos, en los que se limita a la atención recibida en los hospitales. Incluye los servicios prestados a los pacientes ingresados en los hospitales carcelarios y militares, hospitales para tuberculosos y sanatorios. La atención interna incluye el alojamiento que se proporciona en combinación con el tratamiento médico cuando éste es la actividad primaria prestada durante la estancia del paciente.

La provisión de alojamiento para los pacientes y sus familiares se considera una parte integral de la atención en régimen interno. La función hotelera del hospital se manifiesta con mayor claridad cuando los pacientes se trasladan a un departamento de postagudos o a «hostales» que aunque prestan una atención menos intensiva y más limitada están funcionalmente integrados dentro de la operativa de atención hospitalaria.

La estancia en las «clínicas o departamentos hospitalarios» forma parte de la trayectoria terapéutica, por lo que se justifica su inclusión en el gasto sanitario total. Esto abarca también el alojamiento de los familiares del paciente cuya presencia es una parte imprescindible de la terapia, por ejemplo en el caso de niños sometidos a tratamientos agresivos; y en particular los que se realizan en hospitales altamente especializados ubicados a gran distancia del domicilio del paciente. En el caso de países en desarrollo el coste atribuido o real de los servicios prestados por los familiares en los hospitales -incluyendo la preparación de las comidas, los cuidados paramédicos básicos y la limpieza- se incluirían en este epígrafe.

Por otra parte, el alojamiento en las instituciones que prestan servicios sociales, en las que la atención sanitaria es un componente importante pero no predominante, no deberían incluirse en la función sanitaria. Algunos ejemplos podrían ser las instituciones que acogen a las personas con discapacidades, los centros de convalecencia y la atención en centros de desintoxicación.

Régimen del mismo día

La atención en el día incluye los servicios médicos y paramédicos prestados a los pacientes formalmente ingresados para un diagnóstico, tratamiento u otros tipos de atención sanitaria cuya alta está prevista en el mismo día. Cuando un paciente ingresa como paciente de día pero después pasa la noche en el centro, el hecho médico queda clasificado como estancia de una

noche o atención en régimen interno de otra índole, en su caso. Los servicios prestados a los pacientes no ingresados inicialmente, cuyo ingreso luego queda formalizado para recibir atención en el día, se clasifican como atención en el mismo día. Por lo general, el paciente en régimen de un día (o «del mismo día») ingresa para luego darse de alta tras una estancia de entre 3 y 8 horas, siempre en el mismo día. Esta categoría de atención se suele prestar en instituciones o clínicas hospitalarias especializadas en la misma (determinados tipos de cirugía, por ejemplo).

Régimen externo

Este epígrafe incluye los servicios médicos y paramédicos que se prestan a los pacientes externos. En este régimen el paciente no ingresa formalmente en el centro (consulta privada del médico, centro de atención a pacientes de un hospital en régimen externo o centro de atención ambulatoria) y no pasa allí la noche. Un paciente en régimen externo, por tanto, es una persona que acude a un centro sanitario para una consulta/tratamiento y que sale del mismo a las pocas horas de haber comenzado la consulta sin haberse «ingresado» en el centro como paciente. Se observará que la expresión «régimen externo» según se emplea en el SHA tiene un significado más amplio que en algunos sistemas nacionales de comunicación de datos, en los que se limita a la atención recibida en las clínicas de los hospitales especializados en la atención a los pacientes en régimen externo. En el SHA, todos los usuarios de los centros ambulatorios que no son pacientes del mismo día o pacientes que pasan al menos una noche en los mismos, se consideran como pacientes externos.

Régimen a domicilio

Este epígrafe recoge todos los servicios médicos y paramédicos prestados a los pacientes en sus domicilios. Excluye el consumo de productos médicos (de farmacia y otros) suministrados a los pacientes externos como parte del consumo familiar privado. Quedan incluidos, en cambio, los servicios obstétricos recibidos en el domicilio, la diálisis a domicilio, servicios telemáticos y similares.

5. La línea divisoria de la asistencia sanitaria

En primer lugar, hay que tener en cuenta la línea divisoria entre la asistencia sanitaria y otros servicios sociales. En los países, la Contabilidad Sanitaria Nacional traza diferentes líneas divisorias entre la asistencia sanitaria y otros servicios sociales y comprende zonas grises en las que los servicios sociales conllevan un componente significativo, pero no dominante, de asistencia sanitaria, por ejemplo, la asistencia de larga duración para personas ancianas dependientes. Éste puede ser el caso del cuidado a domicilio, de otras formas de asistencia institucional, como la custodia con fines de protección en instituciones de salud mental, los hogares y centros de trabajo protegidos para personas discapacitadas y los programas de rehabilitación de drogadictos.

La regla general debería ser registrar la asistencia institucional bajo la rúbrica de asistencia sanitaria siempre que la institucionalización sea necesaria para la salud de la persona o que el componente de asistencia sanitaria en cuestión se preste de modo más eficaz en un marco institucional. Para las demás formas de asistencia en las que el componente médico es importante pero no dominante (menos de la mitad del coste total), se debería separar el componente de asistencia sanitaria evaluando su aportación en forma de trabajo y de uso final (o intermedio) de bienes médicos. Como primera aproximación, sólo se contabilizaría la aportación de trabajo de las profesiones médicas que desempeñen funciones médicas (en el sentido de la clasificación funcional de ICHA). En estos casos, la función de alojamiento en estas instituciones quedaría excluida de la función de asistencia sanitaria.

Los componentes no-médicos (en el sentido del término que se acaba de citar) de los programas ocupacionales y de otros programas de rehabilitación, cuya finalidad sea proporcionar

una nueva formación y una integración social y ocupacional, no deberían contabilizarse como gasto sanitario. Las sesiones de terapia en balneario con fines primordialmente médicos y curativos deberían diferenciarse de las sesiones en balneario destinadas al recreo o la rehabilitación.

En segundo lugar, hay que citar la línea divisoria entre la asistencia sanitaria y otras intervenciones médicas. La aplicación del conocimiento y de la tecnología médica a fines que no sean los de curación o alivio sino que revistan la forma de intervenciones dirigidas a aumentar la capacidad humana física o mental más allá de los límites naturales o a otros fines distintos de los médicos, puede plantear cuestiones desconcertantes en el futuro. La cirugía estética cuando no está relacionada con la reconstrucción a raíz de lesiones traumáticas, la fecundación in vitro y los chips cerebrales con fines distintos de los terapéuticos o de diagnóstico se encuadran en esta categoría. El dopaje y el consumo de esteroides en culturismo son otros ejemplos bien conocidos.

Actualmente, en las estadísticas sanitarias se suelen incluir todos los servicios que constituyen intervenciones médicas legales en humanos llevadas a cabo por profesionales sanitarios autorizados. De esta forma, el criterio decisivo lo constituye el que el profesional que presta el servicio esté reconocido oficialmente como perteneciente a la profesión médica y no el que los servicios prestados supongan asistencia sanitaria en el sentido de que se dirijan exclusiva o primordialmente a mejorar la salud de los pacientes. De momento, la cantidad de recursos en cuestión puede ser insignificante, pero en el futuro es posible que haya que desarrollar unas directrices más específicas.

Por último, hay que mencionar la línea divisoria entre la asistencia sanitaria pública y otras funciones del Estado. Existe una amplia variedad de funciones del Estado que están al margen de la asistencia sanitaria y que abordan la seguridad pública y la protección de la salud de la población. A los efectos de contabilidad sanitaria, la organización y la prestación de estos servicios tiene que separarse de la función de asistencia sanitaria. Los servicios de ambulancia y de salvamento de naturaleza general pero organizados por los servicios de bomberos pertenecen a la asistencia sanitaria. Los hospitales centrales pertenecen a la función de asistencia sanitaria, no a la militar ni a la protección civil. Las instalaciones médicas reservadas para guerras o para catástrofes en tiempos de paz, en cambio, pertenecen a la función de seguridad pública o a la militar y de defensa. En algunos países, diversas medidas de seguridad pública (seguridad vial, normas sobre construcción y viviendas, servicios veterinarios y control de seguridad de los productos) son administradas por las autoridades sanitarias pero no se incluyen en el ámbito del Sistema de Contabilidad Sanitaria.

6. Sectores proveedores de asistencia sanitaria

La producción y la prestación de servicios de asistencia sanitaria al igual que la financiación de los mismos se desarrollan en una gran variedad de marcos institucionales que difieren de un país a otro. La forma de organizar los servicios de asistencia sanitaria refleja una división del trabajo entre los proveedores de servicios de asistencia sanitaria, que es específica de cada país y cada vez más compleja en muchos de ellos. Se observa comúnmente el fenómeno de que instituciones como «Hospital General», «Hospital para el Tratamiento de Enfermedades Agudas» u «Hospital Psiquiátrico» teniendo nombres similares en los distintos sistemas sanitarios, no desempeñan a menudo iguales funciones. En muchos países puede percibirse una tendencia a una mayor integración vertical en el sector hospitalario que hace que algunas instituciones reúnan bajo el mismo techo un creciente número de sub-unidades (para asistencia tanto a pacientes ingresados como externos), buscando a veces una más rentable combinación de productos y servicios sanitarios y no sanitarios.

Una clasificación de los sectores de asistencia sanitaria sirve para encuadrar las instituciones específicas de cada país en categorías comunes,

de aplicación internacional, y para proporcionar herramientas que permitan vincular los datos sobre el personal con los de los demás recursos y medir el producto y los resultados a los efectos del Sistema de Contabilidad Sanitaria. La clasificación de las instituciones del sector sanitario en categorías de proveedores sirve también como elemento básico de un modelo económico del sistema sanitario.

El criterio básico de ICHA-HP a la hora de clasificar a los proveedores de asistencia sanitaria por sectores lo constituye la actividad principal de los establecimientos. Esto significa que las reglas fundamentales de clasificación institucional serán idénticas tanto para ICHA-HP como para la ISIC.

La clasificación de las unidades institucionales de proveedores sanitarios vincula el gasto en sanidad con la producción de la misma, incluyendo los recursos utilizados (personal, instalaciones sanitarias, etcétera). Sería positivo que las estadísticas nacionales mantuvieran una vinculación bien definida (clasificación cruzada) entre la Contabilidad Sanitaria Nacional, la clasificación de proveedores de ICHA-HP y las estadísticas del sector con arreglo a la ISIC. Clasificación Industrial Internacional Uniforme. (ISIC.Reu, en sus siglas en inglés).

La clasificación ICHA-HP de proveedores es una versión perfeccionada y modificada de las partes relativas a la sanidad recogidas en la (ISIC), Rev. 3 (Naciones Unidas, 1990). En esa clasificación, la mayoría de los proveedores de asistencia sanitaria se recoge en el Apartado N, Sanidad y Asistencia Social. El seguro sanitario, la gestión y la seguridad social se incluyen en la ISIC dentro del sector de seguros o de administración pública y seguridad social obligatoria.

El contenido de cada una de las categorías de servicios sanitarios dentro de Sanidad y Asistencia Social se define en la ISIC según tres grandes ámbitos de actividades: actividades hospitalarias (ISIC 8511), actividades médicas y dentales (ISIC 8512) y otras actividades relacionadas con la salud humana (ISIC 8519).

Para la contabilidad sanitaria son necesarias explicaciones más detalladas y una lista sensiblemente más larga de proveedores de asistencia sanitaria que la que figura en la ISIC. Con el fin de perfeccionar la ISIC de tal forma que fuera apropiada a la clasificación ICHA-HP, el proyecto de clasificación común de la industria de los países NAFTA, el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte, NAICS 1998, sirvió de modelo tanto para las definiciones básicas como para la presentación de elementos específicos del ICHA-HP. En algunos casos se ha modificado la terminología incluyendo nuevos datos con el objeto de reflejar mejor la situación en otros países de la OCDE o de abreviar y simplificar las definiciones del NAICS.

Los responsables de la contabilidad sanitaria en el ámbito nacional y transnacional deberían poner en marcha un intercambio de información con los responsables de la contabilidad macroeconómica de sus países para asegurarse de que los proveedores de asistencia sanitaria se registran del mismo modo en ambos sistemas. Esto afecta, por ejemplo, a la clasificación de hospitales como empresas públicas o privadas. La coordinación de las clasificaciones es de especial importancia en materia de seguros sanitarios, para el cual el Sistema de Contabilidad Sanitaria (SHA) adopta el principio del Sistema de Contabilidad Nacional (SNA) 93 de dividir el seguro en seguridad social, seguros sociales y otras empresas de seguros.

7. Clasificación ICHA-HF de la financiación de la asistencia sanitaria

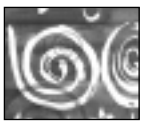
El estudio de la financiación de la asistencia sanitaria en la contabilidad sanitaria se inicia con la división básica por sectores de las cuentas nacionales; es decir: organismos públicos, seguros públicos y privados. Las consultas entre los responsables estadísticos del Sistema de Contabilidad Sanitaria y sus colegas de la contabilidad nacional deberían asegurar que las fuentes de financiación se asignan del mismo modo en los dos sistemas contables.

Cuando el consumo se registra atendiendo al gasto, se pretende identificar las unidades institucionales que incurren en gasto y que, por tanto, controlan y financian las cantidades de dicho

gasto. El primer paso para una clasificación cruzada del gasto en sanidad y de su financiación será recordar algunas definiciones básicas de contabilidad nacional y su aplicación al gasto total en sanidad y a sus componentes.

Hay una distinción básica entre seguro social sanitario y otros seguros sanitarios. El seguro social está organizado y controlado por distintos niveles de la administración pública o bien organizado de manera privada. El ICHA-HF no distingue entre seguros financiados y no financiados, aunque a estas dos formas de seguro pueden corresponderles diferentes métodos de estimación.

El seguro sanitario social reviste diferentes formas institucionales según las normas que regulen cada uno de los fondos del seguro. Además, no siempre es fácil trazar una línea de separación apropiada entre el seguro sanitario social y los seguros sanitarios no financiados o financiados de modo privado.



Un seguro sanitario social es aquél en que el titular de la póliza está obligado o es animado a suscribirla por intervención de un tercero. Por ejemplo, el Estado puede obligar a todos los empleados a participar en un programa de seguridad social. Los empleadores pueden establecer como condición para la contratación el que los empleados participen en un programa de seguro especificado por el empleador. Un empleador puede animar a sus empleados a que suscriban un programa haciendo contribuciones en beneficio de los empleados; o un sindicato puede negociar coberturas de seguro ventajosas disponibles únicamente para los afiliados al sindicato. Las contribuciones a los programas de seguros sociales suelen pagarse en beneficio de los empleados, aunque con arreglo a determinadas condiciones pueden quedar cubiertos también desempleados o trabajadores autónomos.

Un programa de seguros se denomina programa de seguro social si se cumple al menos una de las tres condiciones siguientes:

- La participación en el programa es obligatoria por exigencia de la ley o en virtud de las condiciones de contratación; o
- El programa se gestiona a beneficio de un grupo y se restringe a los miembros del grupo; o
- Un empleador hace contribuciones al programa a beneficio de los empleados.

Los fondos de la seguridad social son programas de seguros sociales que cubren al conjunto de la comunidad o a una gran parte de la comunidad y que impone y controla una administración pública. Generalmente, implican cotizaciones obligatorias de los empleados o de los empleadores o de ambos, y las condiciones para el pago de las prestaciones a los beneficiarios vienen determinadas por una administración pública. Los fondos de la seguridad social deben distinguirse de otros programas de seguros sociales que se determinan por acuerdo mutuo entre los empleadores y sus empleados.

Los fondos de la seguridad social pueden distinguirse por el hecho de que se organizan separadamente del resto de actividades públicas y porque sus activos y pasivos están separados de éstas. Son unidades institucionales separadas porque son fondos autónomos, tienen sus propios activos y pasivos y participan en transacciones financieras por cuenta propia. Las cantidades recaudadas en concepto de cotizaciones a la seguridad social y las desembolsadas en concepto de prestaciones de la seguridad social pueden modificarse deliberadamente para conseguir objetivos de política gubernamental que no tienen conexión directa con el concepto de seguridad social como marco de prestaciones sociales para los miembros de la comunidad.

Debería tenerse en cuenta que el Sistema de Contabilidad Sanitaria recomienda ajustarse a la norma del (SNA-93) Sistema de Contabilidad de Naciones Unidas de 1993 en lo relativo al tratamiento de los programas establecidos por la administración pública y destinados exclusivamente a sus empleados. Estos programas no han de considerarse como fondos de la seguridad social.

Aspectos relevantes de la clasificación ICHA-HF de las fuentes de financiación

a) Administración general

En este apartado se incluyen todas las unidades institucionales de la administración central,

regional o local, así como los fondos de la seguridad social en todos los ámbitos de las administraciones públicas. Se incluyen las instituciones sin ánimo de lucro no mercantiles controladas y financiadas fundamentalmente por administraciones públicas.

La importancia de la financiación de la sanidad por los presupuestos del Estado depende de la organización básica del sistema sanitario de un país. La financiación directamente del presupuesto del Estado constituye la forma principal de financiación sanitaria en los sistemas sanitarios altamente integrados, en los que los órganos de gobierno de nivel estatal o regional son directamente responsables tanto de la financiación como de la producción de servicios sanitarios. La parte de financiación pública es normalmente menos importante en países con un sistema sanitario del tipo «seguros sociales», en que los fondos de la seguridad social actúan como fondos de financiación intermediarios.

En todos los países de la OCDE, las administraciones públicas son al menos parcialmente responsables de la financiación de la sanidad, ocupándose de grupos específicos de la población (ancianos, desempleados, pensionistas, personas que viven de subsidios sociales, etcétera). Las administraciones públicas desempeñan también un papel importante en la asistencia sanitaria mediante subvenciones a los proveedores y mediante la financiación de la formación de capital en instituciones proveedoras de titularidad pública.

En el apartado administración central se incluyen todas las unidades institucionales que conforman la administración central además de aquellas instituciones sin ánimo de lucro controladas y financiadas principalmente por la administración central.

El sector de la administración regional/provincial lo componen las administraciones regionales y provinciales que constituyen unidades institucionales autónomas además de aquellas instituciones sin ánimo de lucro controladas y financiadas principalmente por la administración regional. «Regiones» y «provincias» pueden tener acepciones distintas en distintos países. En países pequeños, pueden no existir regiones/provincias ni administraciones regionales/provinciales.

El subsector de la administración local lo componen las administraciones locales que constituyen unidades institucionales autónomas además de aquellas instituciones sin ánimo de lucro controladas y financiadas principalmente por las administraciones locales. En principio, las unidades de la administración local son unidades institucionales cuya autoridad ejecutiva, legislativa y fiscal abarca las divisiones geográficas más pequeñas consideradas a efectos administrativos y políticos. El término «administraciones locales» puede tener acepciones diferentes en los distintos países. Otros términos alternativos son, por ejemplo, «municipios» o «condados». Las unidades de la administración local que prestan asistencia sanitaria de manera no comercial siguen siendo parte integral de la unidad de administración local a la que pertenece.

El subsector de fondos de la seguridad social lo componen los fondos de la seguridad social que se gestionan en todos los ámbitos de las administraciones públicas. Los fondos de seguridad social son programas de seguros sociales que cubren a la comunidad en su conjunto o a amplios sectores de la comunidad y que están impuestos y controlados por unidades de la administración pública.

b) Sector privado

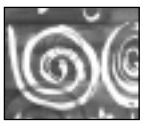
En el sector privado se incluyen todas las unidades institucionales nacionales que no pertenecen al sector público. Para un desglose del gasto sanitario por fuente de financiación, hay que distinguir al menos los siguientes cinco subsectores: seguros sociales privados, empresas de seguros privadas (distintas de los seguros sociales), desembolsos varios de las unidades familiares, instituciones sin ánimo de lucro que sirven a las unidades familiares y empresas (distintas de los seguros sanitarios).

El sector seguros sociales privados incluye todos los fondos de seguros sociales distintos de los fondos de la seguridad social. También incluye los programas establecidos por las administra-

ciones públicas y destinados exclusivamente a sus empleados.

El sector empresas de seguros privados incluye todas las empresas de seguros privados excepto las de seguros sociales. Este sector comprende planes de seguros, tanto con ánimo de lucro como sin ánimo de lucro, distintos de los seguros sociales.

La financiación privada es en este momento el componente menos fiable de la financiación sanitaria (principalmente debido a las incertidumbres respecto a la cantidad de desembolsos varios a los proveedores de asistencia sanitaria y a las farmacias) así como una de las principales causas de error en las estimaciones del gasto total en sanidad en muchos países. Las fuentes de datos para un desglose detallado de la financiación de desembolsos varios por parte de las unidades familiares constituyen, por tanto, uno de las puntos débiles de la contabilidad sanitaria actual de muchos países. Por este motivo, se recomienda encuestas domésticas más específicas que detecten periódicamente el gasto privado.



Las instituciones sin ánimo de lucro que sirven a las unidades familiares son aquellas instituciones sin ánimo de lucro que proporcionan bienes y servicios a las unidades familiares gratuitamente o a unos precios insignificantes desde el punto de vista económico. Especialmente relevantes como fuentes de financiación de la asistencia sanitaria son las instituciones de caridad, ayuda o socorro que se crean con fines filantrópicos y que no sirven a los intereses de los miembros de la asociación que controla la institución. Estas instituciones sin ánimo de lucro pueden proporcionar bienes o servicios sanitarios de forma no comercial a las familias necesitadas, incluidas aquéllas afectadas por desastres naturales o por la guerra. Los recursos de estas instituciones sin ánimo de lucro proceden principalmente de donativos en efectivo o en especie del público en general, de empresas o de administraciones públicas. También pueden proceder de transferencias de no residentes, incluyendo las que provienen de tipos similares de instituciones sin ánimo de lucro residentes en otros países.

El sector empresas comprende todas las empresas o semi-empresas cuya actividad principal sea la producción de bienes o servicios de mercado (distintos de las de seguros sanitarios). Incluye todas las instituciones residentes sin ánimo de lucro que producen para su comercialización bienes o servicios no financieros.

c) Resto del mundo

En este apartado se incluyen las unidades institucionales que residen en el extranjero. Los flujos de financiación relevantes para la contabilidad sanitaria entre la economía nacional y el resto del mundo incluyen principalmente las transferencias vinculadas a la actual cooperación internacional (por ejemplo: la ayuda exterior) y las primas e indemnizaciones de seguros privados.

8. Consideraciones finales

Desde un punto de vista económico, un sistema de asistencia sanitaria se puede definir como un subconjunto del sistema económico que incluye todas las unidades económicas que participan en la producción, el consumo y la distribución de dicha asistencia. Sin embargo, en la mayoría de los países, la producción, el consumo y la distribución de la asistencia sanitaria no están organizados de una única manera ni de acuerdo con unos mismos principios y mecanismos de asignación de recursos para toda la población. Parte de la población consume fundamentalmente asistencia sanitaria con criterios de libre mercado, pero algunos grupos pueden tener acceso a dicha asistencia con arreglo a normas administrativas determinadas que incluyan una mezcla de seguro, subsidiariedad u otros tipos de intervención en el mercado.

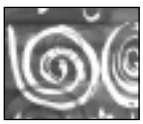
A lo largo de los años 90, un número creciente de países ha reconsiderado sus sistemas de contabilidad. Buscaban estrategias que potenciaran la relevancia, extensión y coherencia interna de la contabilidad sanitaria y los sistemas de información relativos a la atención sanitaria en general. En varios países, una visión más amplia de la salud pública ha contribuido a decisiones que han llevado al rediseño de los sistemas actuales de estadísticas sanitarias y han impulsado su evolución hacia sistemas más completos que integran

datos sobre factores relativos a la procedencia socioeconómica (entorno económico, social y físico) con los datos sobre el gasto y financiación de los servicios sanitarios, además de con indicadores no monetarios, para la utilización de los recursos y la evaluación cuantitativa de los resultados.

A la hora de calcular el gasto todos los expertos coinciden en que todos los datos existentes sobre el gasto sanitario tienen inconvenientes. Las comparaciones bilaterales o país por país basadas en un desglose multiaxial del gasto por proveedores, por funciones y por instituciones de financiación es un enfoque innovador para aumentar la comparabilidad.

El Sistema de Contabilidad Sanitaria (SHA) tiene el doble objetivo de proporcionar un marco en el que recopilar los datos internacionales y un posible modelo para rediseñar y complementar los sistemas contables nacionales con el fin de prestar una ayuda a los poderes públicos responsables de elaborar la política sanitaria. Por tanto, con el SHA se propone un modelo para la comunicación uniforme de datos por parte de países que organizan sus respectivos sistemas sanitarios nacionales según modelos que difieren ampliamente entre sí.

Por último, se espera que la disponibilidad de grandes bases de datos, a las que se pueden vincular tanto los meso como los microdatos, abarquen, con una cobertura cada vez más completa, las muchas facetas de la atención sanitaria, al tiempo que revolucionen la tarea de la contabilidad sanitaria a nivel nacional al proporcionar información fiable que se corresponde con el marco internacional comparable del SHA.



Todas las publicaciones de

INFORMACION COMERCIAL ESPAÑOLA

se pueden adquirir en

Ministerio de Economía

Paseo de la Castellana, 162, vestíbulo. 28071 MADRID

Teléfono: (91) 349 36 47 - Fax: (91) 349 36 34

PUNTOS DE INFORMACION DE LAS PUBLICACIONES ICE

03002 ALICANTE
Rambla Méndez Núñez, 4
Teléfono: (96) 514 52 89 - Fax: (96) 520 31 66

04071 ALMERIA
Hermanos Machado, 4, 2.º
Teléfonos: (950) 24 38 88 y (950) 24 34 76
Fax: (950) 25 85 48

06002 BADAJOZ
Ronda del Pilar, 4, 3.º dcha.
Teléfono: (924) 22 92 12 - Fax: (924) 23 96 52

08028 BARCELONA
Diagonal, 631, Letra K
Teléfono: (93) 409 40 70 - Fax: (93) 490 15 20

48009 BILBAO
Plaza Federico Moyúa, 3, 5.º
Teléfonos: (94) 415 53 05 y (94) 415 53 00
Fax: (94) 416 52 97

39001 CANTABRIA
Juan de Herrera, 19, 6.º
Teléfono: (942) 22 06 01 - Fax: (942) 36 43 55

51001 CEUTA
Agustina de Aragón, 4
Teléfono: (956) 51 29 37 y (956) 51 17 16
Fax: (956) 51 86 45

26003 LA RIOJA
Villamediana, 16
Teléfono: (941) 27 18 90 - Fax: (941) 25 63 53

35007 LAS PALMAS
Franchy Roca, 5, 3.º
Teléfono: (928) 47 26 55 - Fax: (928) 27 89 75

28001 MADRID
Recoletos, 13, 1.º Dcha.
Teléfono: (91) 781 14 20 - Fax: (91) 576 49 83

30008 MURCIA
Alfonso X El Sabio, 6, 1.ª
Teléfono: (968) 27 22 00 - Fax: (968) 23 46 53

33007 OVIEDO
Plaza de España, s/n.
Teléfono: (985) 96 31 19 - Fax: (985) 27 24 10

07007 PALMA DE MALLORCA
Ciudad de Querétaro, s/n.
Teléfono: (971) 77 49 84 - Fax: (971) 77 18 81

20005 SAN SEBASTIAN
Guetaria, 2, triplicado, entresuelo izqda.
Teléfono: (943) 43 35 92 - Fax: (943) 42 68 36

38002 SANTA CRUZ DE TENERIFE
Pilar, 1 (Apdo. Correos, 54 - 38080)
Teléfono: (922) 53 40 10 - Fax: (922) 27 19 02

41013 SEVILLA
Plaza de España. Puerta de Navarra
Teléfono: (95) 429 80 70 - Fax: (95) 423 21 38

45071 TOLEDO
Plaza Alfonso X el Sabio, 1
(Atención al público por Plaza de las Tendillas, 1)
Teléfono: (925) 28 53 90 - Fax: (925) 22 11 10

46002 VALENCIA
Pascual y Genis, 1, 4.º
Teléfono: (96) 350 91 48 /- Fax: (96) 351 18 24

47014 VALLADOLID
Jesús Rivero Meneses, 2, 3.º
Teléfono: (983) 36 03 40 - Fax: (983) 34 37 67

36201 VIGO
Plaza de Compostela, 29, 2.º
Teléfono: (986) 44 12 40 - Fax: (986) 43 20 48

50004 ZARAGOZA
Paseo Independencia, 12, 2.º
Teléfono: (976) 48 28 30 - Fax: (976) 21 41 15

Y también en el Centro de Publicaciones
del Ministerio de Economía
Plaza del Campillo del Mundo Nuevo, 3. 28005 Madrid
Teléfono: (91) 506 37 40 - Fax: (91) 527 39 51.