
El análisis del gasto sanitario en el ámbito de la Conferencia de Presidentes: el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario

Ángela Blanco Moreno
Instituto de Estudios Fiscales⁽¹⁾

Introducción

El objeto de este trabajo es tratar de situar y valorar lo que, hasta ahora, han sido las actuaciones desarrolladas por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario establecido por la Conferencia de Presidentes y presidido por la Intervención General de la Administración del Estado.

Comenzaremos aportando algunos datos que ponen de manifiesto la dimensión de la política sanitaria, tanto cuantitativamente, en términos del volumen de gasto que representa en las Comunidades Autónomas, que son responsables de dicha política, como cualitativamente, en términos de las preferencias sociales relativas al destino de los fondos públicos.

El desarrollo posterior tiene un hilo conductor claramente cronológico, basado en los calendarios de actuación tanto del propio grupo como de la Conferencia de Presidentes, en la que se encuadra, o del Consejo de Política Fiscal y Financiera, con el que mantiene una estrecha conexión, en tanto que receptor de los informes que elabore.

Se cierra este análisis situándonos en el punto de partida de los futuros trabajos del grupo, recientemente determinados por el Consejo de Política Fiscal y Financiera, y aportando, con la esperanza de que resulte de utilidad, un balance de las luces y las sombras que, a nuestro juicio, se han puesto de manifiesto en la primera etapa del trabajo del grupo.

Se quiere señalar, finalmente, que en este análisis se ha adoptado un enfoque positivo, tratando de resaltar más los

⁽¹⁾ Miembro del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario en representación del IEF.

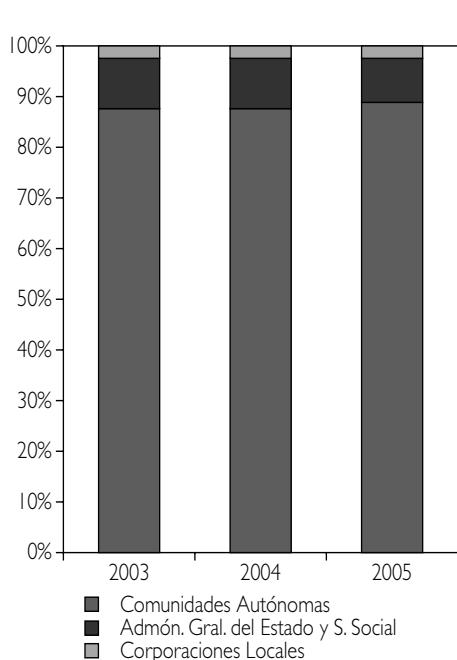


Figura 1. Composición de los presupuestos iniciales del SNS.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud 2005 (Avance). Tomado de la página Web del Instituto de Información Sanitaria: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm

aspectos en los que ha primado el consenso y el acuerdo. Sin ocultar, no obstante, que el debate no siempre ha sido fácil, como no puede extrañar cuando lo que se dilucida es la sostenibilidad del gasto sanitario, que tanta trascendencia tiene para las finanzas autonómicas y para el bienestar de los ciudadanos.

La preocupación por la sostenibilidad financiera del gasto sanitario

El grado de descentralización alcanzado en España desde que, en enero de 2002, se culminó el proceso de transferencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social es elevado. En materia de sanidad pública, como puede apreciarse en la figura 1, las Comunidades Autónomas son responsables de prácticamente el 90 % del gasto, así como de los ingresos necesarios para financiarlo, dado que el modelo vigente de financiación de las Comunidades Autónomas contempla la corresponsabilidad fiscal.

El peso de los recursos que cada comunidad destina a la sanidad pública representa un porcentaje alto de su presupuesto de gastos: cerca de un 33 %, en términos medios para el conjunto de los 17 Servicios Autonómicos de Salud⁽²⁾. En el ámbito autonómico, es la política de mayor peso en volumen de gasto, oscila aproximadamente entre un 26 % en Navarra y un 38 % en Murcia (fig. 2).

⁽²⁾ Recuérdese que el Sistema Nacional de Salud, tal como lo definió la Ley General de Sanidad, está compuesto, además, por los dispositivos sanitarios de la Seguridad Social para contingencias comunes no transferidos, para contingencias profesionales, los de los regímenes especiales de funcionarios del Estado, y los de sanidad penitenciaria y militar.

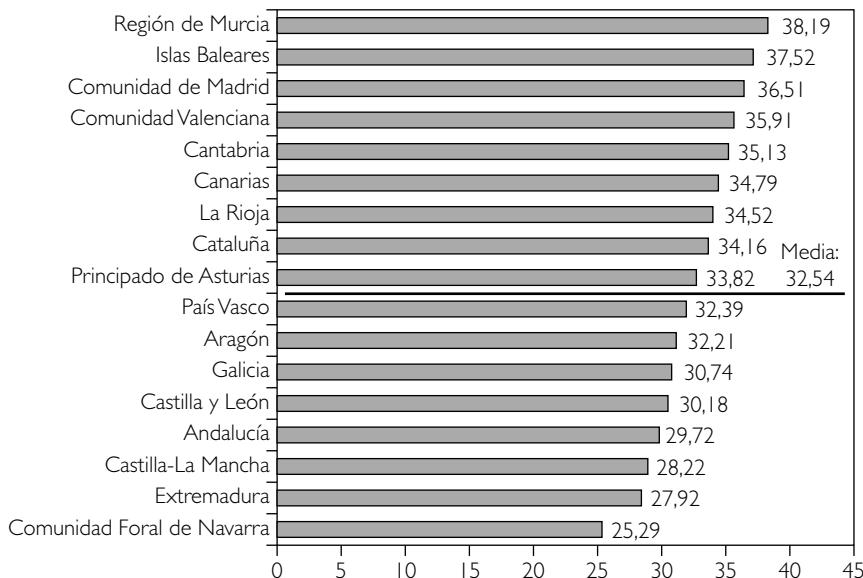


Figura 2. Proporción del gasto sanitario en los presupuestos de las CCAA.

Estos porcentajes son aproximados, indican la importancia que tiene el volumen del presupuesto sanitario, pero debe tenerse en cuenta que el nivel competencial no es completamente homogéneo en todas las comunidades. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recursos Económicos del Sistema Nacional de Salud 2005.

Por otra parte, la salud es un bien preferente. Los ciudadanos españoles manifiestan reiteradamente que es una de las cuestiones más importantes entre aquellas de las que consideran debe ocuparse el Estado.

Así se refleja en las encuestas de opinión que se realizan, fundamentalmente, los sucesivos Barómetros Sanitarios, que elabora anualmente el Instituto de Información Sanitaria, donde se pone de manifiesto que la sanidad es el

área de mayor interés para los ciudadanos.

Un 31,4% de los españoles considera la sanidad como el área de mayor interés, 10,7 puntos porcentuales por encima de la educación, que se sitúa en segundo lugar (fig. 3). Por Comunidades Autónomas, la proporción de ciudadanos que señalan la sanidad como área de mayor interés oscila entre el 13,3% de Asturias y el 44,9% de Extremadura (fig. 4, tabla 1).

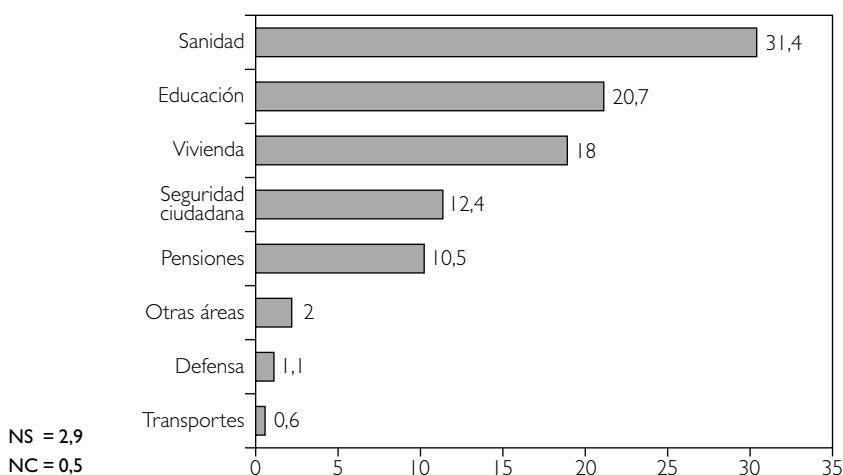


Figura 3. Áreas de actuación según la proporción de ciudadanos que las declara de mayor interés.

No se ha imputado el porcentaje de entrevistados que contestan NS (2,9) o NC (0,5).

Fuente: MSC. Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario de 2004. Tomada de la página Web del IIS: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm

Por lo que se refiere a la financiación de los servicios sanitarios, la preferencia es prácticamente unánime: mayoritariamente se manifiesta que éstos deben ser financiados con recursos públicos (al menos un 97%)⁽³⁾ (fig. 5).

Y así ocurre en España, donde del orden del 95,5%⁽⁴⁾ de la población está cubierta por el Sistema Nacional de Salud. Esto ha supuesto y supone un esfuerzo financiero importante para los Gobiernos responsables de garantizar la soste-

nibilidad del gasto sanitario público, que es un gasto muy dinámico.

Como puede observarse en las figuras 6 a 8, aunque los modelos de financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social prestada a través del INSALUD, desde 1994 hasta 2001, trataron de acompañar el ritmo de crecimiento del gasto sanitario al de la economía en su conjunto, dicho gasto superaba las previsiones de crecimiento y se requirieron planes de saneamiento.

Como es sabido, el cierre del proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud en enero de 2002 coincidió en

⁽³⁾ Según, en este caso, el Barómetro de Opinión del CIS.

⁽⁴⁾ Según se deduce de la Encuesta Nacional de Salud.

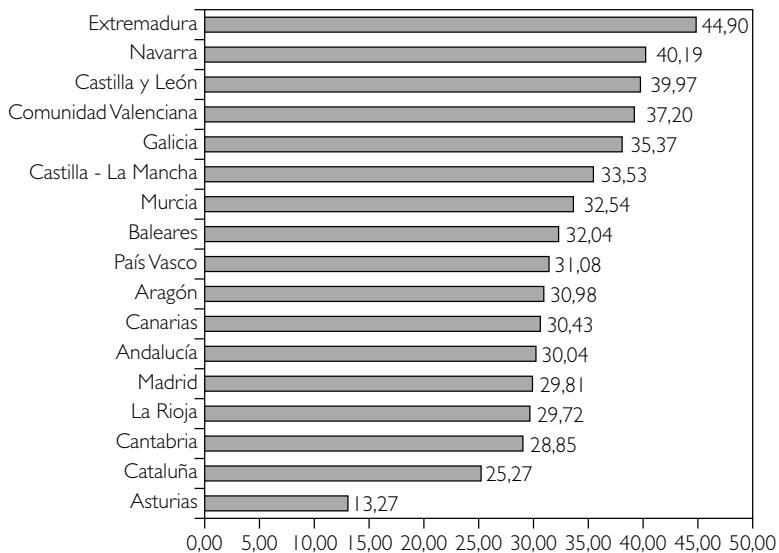


Figura 4. Proporción de ciudadanos que declara la sanidad de mayor interés según CCAA.

Fuente: Instituto de Información Sanitaria (MSC). Barómetro Sanitario de 2004. Tomado de la página Web del IIS: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm

el tiempo con el establecimiento de un nuevo modelo de financiación general de las Comunidades Autónomas que integró el, hasta entonces, específico de la sanidad.

El diseño de este nuevo modelo tenía vocación de estabilidad y permanencia en el tiempo, sin embargo, transcurridos apenas tres años desde su entrada en vigor se pusieron de manifiesto en las Comunidades Autónomas, de manera generalizada, insuficiencias financieras que han requerido atención.

No es de extrañar, por tanto, que la política sanitaria constituya una de las

principales preocupaciones de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas. En especial, dado el dinamismo del gasto sanitario, la garantía de su sostenibilidad financiera es una cuestión central dentro de dicha preocupación.

Además, esta cuestión trasciende el ámbito territorial ya que la estabilidad de las finanzas públicas ataña al Gobierno del Estado como también ataña a éste la política sanitaria en los términos que marca la Constitución, la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

	Defensa	Educación	Sanidad	Vivienda	Pensiones	Transportes	Seguridad ciudadana	Otras áreas	NS	NC
SNS	1,10	20,70	31,40	18,00	10,50	0,60	12,40	2,00	2,90	0,50
Andalucía	1,50	23,71	30,04	13,92	10,70	0,23	11,74	4,14	3,91	0,12
Aragón	0,70	30,98	30,98	14,09	9,15		10,92	0,70	2,11	0,35
Asturias	1,11	23,92	13,27	27,64	27,25	0,37	3,81	0,74	1,52	0,37
Baleares	1,29	22,90	32,04	18,63	9,09	0,87	9,99	2,60	2,16	0,44
Canarias	0,97	18,44	30,43	21,68	8,42	0,97	14,88	1,94	1,94	0,32
Cantabria	1,92	21,63	28,85	25,00	8,17	0,48	11,06	1,92	0,48	0,48
Castilla-La Mancha	0,60	12,08	33,53	12,10	12,68	0,61	16,31	3,02	7,86	1,21
Castilla y León	0,70	18,62	39,97	12,57	10,48	0,70	9,28	1,16	6,05	0,47
Cataluña	0,85	19,08	25,27	21,02	13,85	1,46	15,67	1,58	0,97	0,24
Comunidad Valenciana	1,08	22,54	37,20	13,95	9,31	0,72	12,35	0,36	1,97	0,54
Extremadura	1,51	21,89	44,90	13,21	7,16	0,38	8,68	1,14	1,14	
Galicia	0,87	21,19	35,37	16,60	12,00	0,87	9,39		2,61	1,09
Madrid	1,47	18,06	29,81	23,50	5,72	0,15	16,88	1,62	1,77	1,03
Murcia	1,94	15,13	32,54	18,62	11,24		15,86	1,17	3,12	0,38
Navarra	0,50	22,57	40,19	19,59	6,36	0,49	8,33		1,98	
País Vasco	0,26	22,54	31,08	25,13	6,48	0,26	5,18	4,92	3,89	0,26
La Rioja	1,01	13,05	29,72	10,53	14,05	0,50	9,52	2,00	19,61	

Porcentaje de entrevistados que señalan cada opción.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario del 2004.

Tomado de la página Web del IIS. http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm

Tabla 1. Respuestas a la pregunta ¿podría decirme cuál de las siguientes áreas es la que considera usted de mayor interés para los ciudadanos?

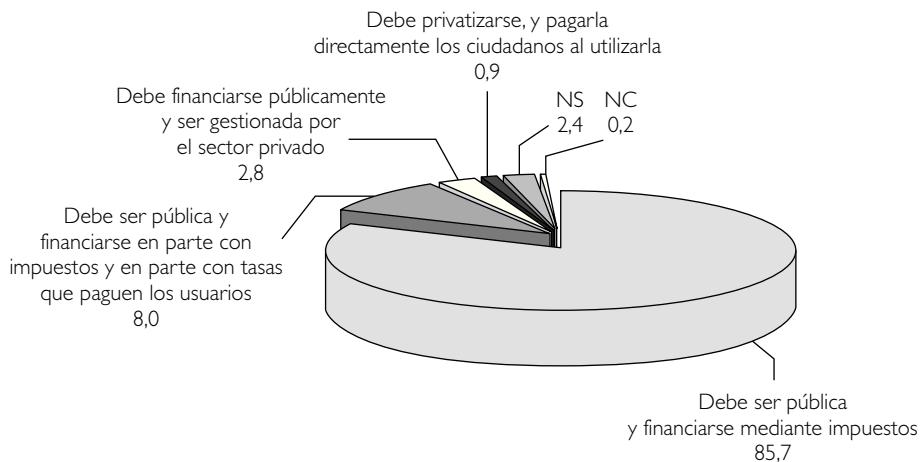


Figura 5. Preferencias de los ciudadanos sobre la financiación sanitaria.

Respuestas a la pregunta sobre cómo debe financiarse la sanidad.

No se ha imputado el porcentaje de entrevistados que contestan NS (2,4) o NC (0,2).

Para estos datos no está disponible la desagregación por Comunidades Autónomas.

Fuente: CIS. Barómetro de febrero de 2005, último mes en el que se incluyó esta cuestión.

Tomada de la página Web del CIS: <http://www.cis.es/Page.aspx?OriginId=197>

La Conferencia de Presidentes y la financiación del gasto sanitario

La respuesta del Gobierno del Estado a esta situación de tensiones financieras en las Comunidades Autónomas se ha canalizado a través de la Conferencia de Presidentes, lo que la sitúa en un ámbito de especial relevancia, el más elevado en el marco del sistema de órganos de coordinación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. Así, las dos Conferencias de Presidentes celebradas en España, la primera el 28 de octubre de 2004 y la se-

gunda el 10 de septiembre de 2005, incluyeron entre los asuntos tratados el de la financiación sanitaria.

Hasta ahora, la Conferencia de Presidentes no está reglamentada y sus reuniones tienen un carácter político. Los acuerdos, que se recogen en una declaración final, tienen el carácter de recomendación política y se adoptan por consenso.

Por todo ello, los acuerdos en materia de financiación sanitaria se han adoptado sin perjuicio de que sea el Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas el órgano com-

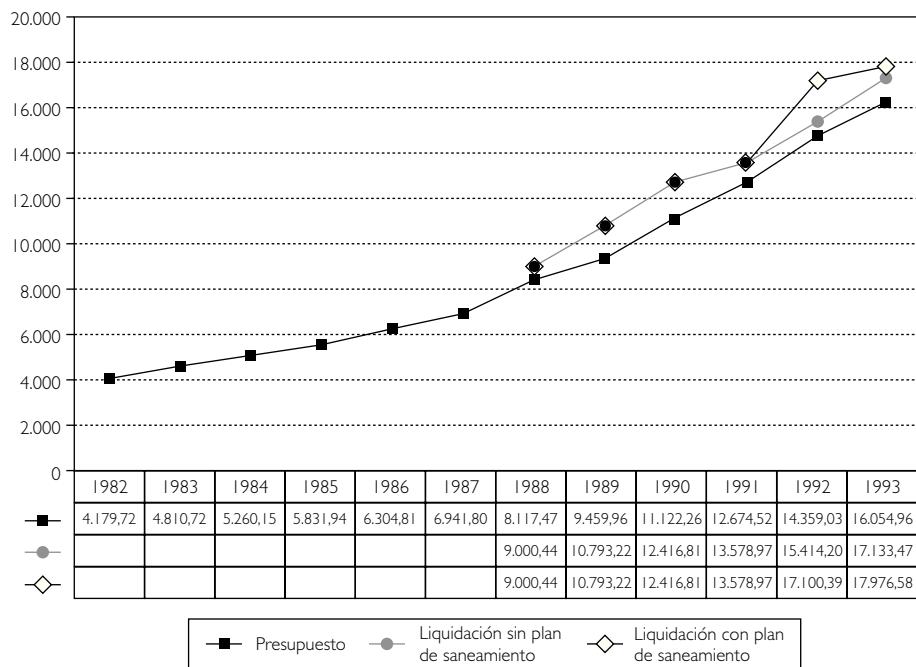


Figura 6. Evolución del presupuesto INSALUD y su liquidación, 1982-1993 (millones de euros).

Aunque no se realizaron operaciones de saneamiento entre 1988 y 2001, según la información disponible sobre gasto real en el Grupo de Trabajo para el Análisis de Gasto Sanitario creado por la Conferencia de Presidentes, se generó deuda en este período.

Fuente: MSC. Elaboración sobre la base de los Presupuestos del INSALUD. Cifras y Datos.

petente en lo que respecta a “todo aspecto de la actividad financiera de las Comunidades Autónomas y de la Hacienda del Estado que, dada su naturaleza, precise de una actuación coordinada”, de acuerdo con lo establecido en el artículo 3 de la LOFCA⁽⁵⁾.

⁽⁵⁾ Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas.

La primera reunión de la Conferencia de Presidentes

En la primera reunión de la Conferencia de Presidentes se planteó la necesidad de realizar un estudio de la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud, para tratar de analizar, con el máximo nivel de detalle posible, cuáles son los factores que explican el volumen y la evo-

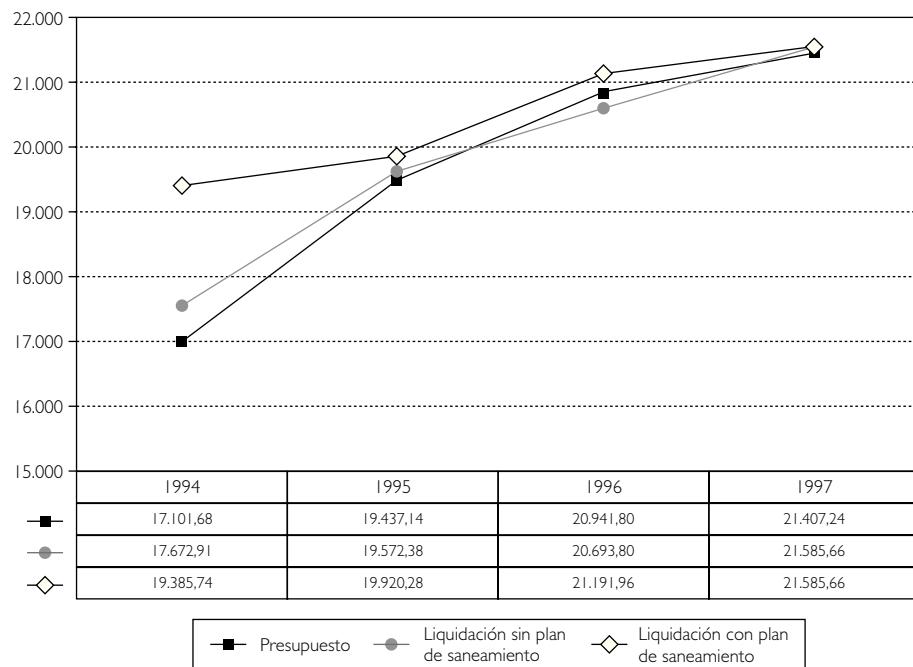


Figura 7. Evolución del presupuesto INSALUD y su liquidación (1994-1997). (millones de euros).

Aunque no se realizaron operaciones de saneamiento entre 1988 y 2001, según la información disponible sobre gasto real en el Grupo de Trabajo para el Análisis de Gasto Sanitario creado por la Conferencia de Presidentes, se generó deuda en este periodo.

Fuente: MSC. Elaboración sobre la base de los Presupuestos del INSALUD. Cifras y Datos.

lución de los distintos componentes del gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas, cuantificando y evaluando asimismo su importancia relativa.

En la medida en que el Grupo de Trabajo detectase posibilidades de mejora respecto de las tareas que tenía encomendadas, debería dejar constancia de las mismas y proponer las recomendaciones oportunas para el futuro.

Uno de los factores que impulsan el gasto sanitario y que las Comunidades Autónomas han señalado reiteradamente como causa importante del crecimiento del mismo en los últimos años es el factor demográfico. De hecho, la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen co-

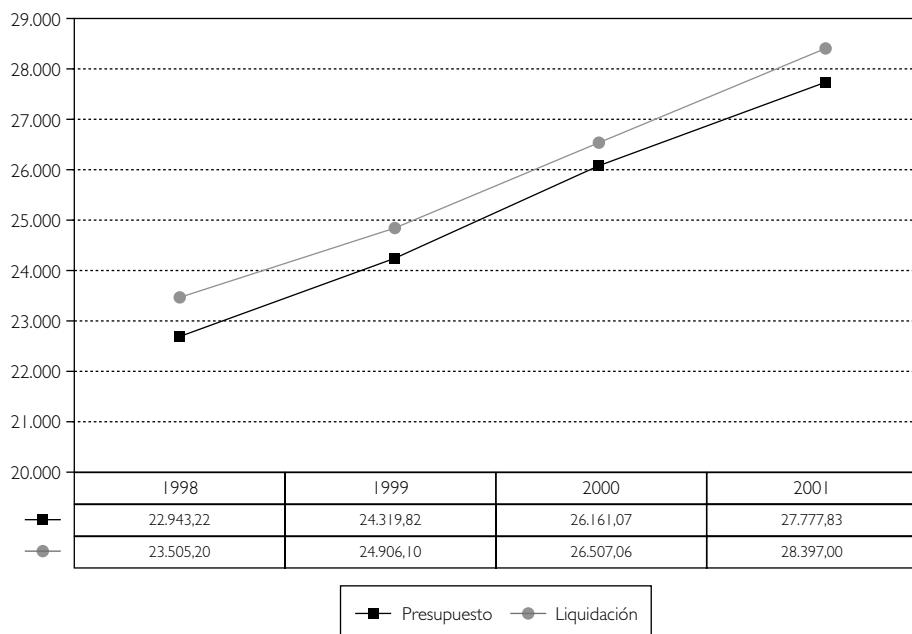


Figura 8. Evolución del presupuesto INSALUD y su liquidación, 1998-2001 (millones de euros).

Aunque no se realizaron operaciones de saneamiento entre 1988 y 2001, según la información disponible sobre gasto real en el Grupo de Trabajo para el Análisis de Gasto Sanitario creado por la Conferencia de Presidentes, se generó deuda en este período.

Fuente: MSC. Elaboración sobre la base de los Presupuestos del INSALUD. Cifras y Datos.

mún y Ciudades con Estatuto de Autonomía, contempla mecanismos de revisión en función del crecimiento de la población.

En efecto, por lo que se refiere a las competencias comunes (todas excepto la sanidad y servicios sociales de la Seguridad Social), el artículo 4.A).a) de la citada ley establece que: “Anualmente se analizarán los efectos derivados de la aplicación al Sistema de Financiación de la evo-

lución del censo de población, con respecto a las necesidades resultantes en el año anterior”.

Por otra parte, en relación con la sanidad⁽⁶⁾, el mecanismo de revisión son las asignaciones de nivelación reguladas por la LOFCA y desarrolladas en el Título V de la Ley 21/2001, que establece unas condiciones poco flexibles y que, a pesar

⁽⁶⁾ Y también a la educación.

del incremento importante de la población registrado en los últimos años no se han desencadenado.

El análisis de estos dos mecanismos de actualización previstos en la ley se encargó al Grupo de Trabajo de Población creado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en su reunión de 14 de septiembre de 2004.

En definitiva, la Conferencia de Presidentes, en su primera reunión propone:

1. La creación del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario en el Sistema Nacional de Salud bajo la presidencia de la Intervención General del Estado (IGAE en adelante), con objeto de estudiar la situación del gasto sanitario, “no sólo desde una perspectiva contable, sino también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia”, y ello con la ayuda de un nuevo sistema de información homogéneo, ágil y transparente.

2. El fortalecimiento del Grupo de Trabajo de Población, así como la coordinación de ambos.

3. Que el trabajo de los dos grupos se envíe al Consejo de Política Fiscal y Financiera con el objetivo de que sus conclusiones puedan incorporarse a los Presupuestos Generales del Estado para 2006, por lo que el trabajo debía estar terminado a mediados de 2005. Conclusiones éstas que deben valorar, por una

parte, las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad del sistema, así como la suficiencia financiera a la luz de la evolución real del conjunto de tributo cedidos.

El Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario: primera etapa

El Grupo fue creado, como se ha dicho, por la Conferencia de Presidentes, en su reunión de 28 de octubre de 2004. Este grupo ha desarrollado sus trabajos, en una primera etapa, desde el 21 de enero de 2005 cuando se constituyó, hasta la aprobación de un informe en el que se analiza el gasto sanitario, el 20 de junio de 2005.

Objetivo

El mandato de la Conferencia de Presidentes consistía en realizar un estudio sobre la composición y el origen, la eficacia y la eficiencia del gasto sanitario.

No obstante, desde la Presidencia, con un enfoque a nuestro juicio pragmático, se planteó a los componentes del grupo que la elaboración de un estudio adecuado tanto de la eficacia como de la eficiencia se debía de realizar sobre la base de datos referidos a unidades de producción homogénea en el sector sanitario.

El estudio que realizaría el grupo se enmarcaba, necesariamente, en un contexto más agregado, delimitado bien por los sistemas de información bien por los plazos disponibles. En consecuencia, el análisis de la eficacia y la eficiencia se trataría de abordar de forma aproximada, relacionando los datos de gasto sanitario con distintas medidas de resultados en salud, por una parte, y los recursos con la actividad sanitaria, por otra.

Composición y normas de funcionamiento del grupo

Se constituye como un grupo de trabajo técnico, que no tiene competencias decisorias ni ejecutivas, cuya Presidencia ostenta la IGAE, asistida por una Secretaría también de la Intervención General.

Está compuesto por 4 representantes del Ministerio de Economía y Hacienda, 4 del Ministerio de Sanidad y Consumo y representantes de cada Comunidad y Ciudad Autónoma.

El procedimiento planteado por la Presidencia y aceptado por los miembros del Grupo de Trabajo para elaborar el informe ha consistido en propuestas de la Presidencia a las que los miembros del grupo han realizado observaciones; éstas, a su vez, eran bien incluidas o bien contestadas por aquélla. La forma de adoptar decisiones ha sido la búsqueda

del consenso en relación con el contenido del informe y, en caso de discrepancias, la posibilidad de incorporar observaciones particulares por parte de las Comunidades Autónomas que así lo considerasen preciso.

El plazo establecido para finalizar el informe fue el mes de junio de 2005.

Como valores en los que se ha apoyado el funcionamiento del grupo en todo momento cabe destacar la transparencia y la confidencialidad. La información ha estado a disposición de todos los miembros del grupo y sólo ha sido utilizada para los fines previstos en el seno del mismo.

La materia prima para el análisis: la información

El análisis del gasto sanitario planteado por la Conferencia de Presidentes y encomendado al Grupo de Trabajo contaba con la creación de un nuevo sistema de información enfocado al análisis de resultados en términos de eficacia y eficiencia, que permitiera la evaluación de las medidas adoptadas por cada Administración, así como los gastos que financian las prestaciones mínimas.

Entendemos que la necesidad de conciliar la propuesta relativa al sistema de información con los plazos finales marcados al grupo, ajustados por el ritmo de

la elaboración de los Presupuestos Generales del Estado para 2006, hizo que se contara con la información disponible, tanto en la Administración General del Estado como en las Comunidades Autónomas.

Afortunadamente, la información disponible ha permitido hacer un informe. Por una parte el Instituto de Información Sanitaria y la Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Consumo han podido aportar un volumen importante de datos en términos homogéneos, o harmonizables en el plazo previsto, en los que soportar el análisis. Por otra, las Comunidades Autónomas han realizado un esfuerzo encomiable para aportar, con plazos muy ajustados, los datos no disponibles en la Administración General del Estado.

En algún caso, la información disponible ha sido ampliada en la medida en que el Grupo de Trabajo lo ha considerado necesario y los plazos lo permitían. En este sentido, podría decirse que el informe sí se ha basado, en parte, en un nuevo sistema de información. A título de ejemplo, se destaca la información sobre gasto sanitario real, es decir, contabilizado con el criterio de devengo. Por primera vez, se ha obtenido la Estadística de Gasto Sanitario Público con este criterio

para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, referida al período 1999 a 2003.

Las necesidades de información que, desde la Presidencia, se han planteado al grupo se han basado en criterios que permitieran realizar el informe garantizando la comparación de los datos y minimizando la carga burocrática que se trasladaba a las Comunidades:

1. Relevancia para analizar el gasto sanitario.
2. Universalidad: disponibilidad para todos los territorios y años del período analizado.
3. Homogeneidad que permitiera las comparaciones.
4. Disponibilidad que permitiera el cumplimiento de plazos.
5. Proporcionalidad que ajustara la información solicitada a los objetivos del análisis.

De acuerdo con esto, se procuró basar el estudio, en la medida de lo posible, en operaciones del Plan Estadístico Nacional en el área de la salud, entre ellas la Estadística de Gasto Sanitario Público, pilar básico para el informe.

No obstante, como se ha indicado, ha sido preciso realizar ajustes o ampliaciones en la información, que han supuesto un esfuerzo importante para las Comunidades Autónomas. Se indican, como ejemplos, la necesidad de obtener el gas-

to devengado no contabilizado, el gasto en farmacia hospitalaria, de aislar el gasto en prestaciones no cubiertas por el catálogo básico del Sistema Nacional de Salud (SNS), de delimitar todos los datos de recursos materiales y actividad según el criterio de financiación pública, de aportar información sobre los recursos humanos del sistema y sus retribuciones medias para determinadas categorías profesionales, etc.

El intercambio de observaciones entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas relativas a numerosas cuestiones metodológicas en relación con estos temas ha dejado en el grupo una documentación muy valiosa que puede ser de utilidad en proyectos futuros de revisión o mejora de las operaciones del Plan Estadístico Nacional en materia sanitaria.

Finalmente, se ha de señalar que el mandato de la Conferencia de Presidentes de hacer este informe ha puesto a prueba el sistema de información del SNS, que se ha enfrentado a la necesidad de dar respuestas inmediatas a cuestiones muy concretas. Se han manifestado, por tanto, las deficiencias, entre ellas, determinadas lagunas de información y la necesidad de conferirle un carácter más integrado a las diferentes operaciones estadísticas que lo componen.

El aspecto positivo ha sido confirmar en unos casos, y detectar en otros, las vías de mejora de dicho sistema. En un contexto, además, con una gran potencialidad para contribuir a las soluciones, en la medida en que ha puesto en comunicación a profesionales del sector sanitario con profesionales del ámbito de la contabilidad pública, tanto en las Comunidades Autónomas como en la Administración General del Estado.

El informe

El informe se desarrolla en 5 apartados, en los que se incorpora la perspectiva temporal. El período de estudio establecido fue 1999 a 2003.

1. En primer lugar, se aborda un análisis descriptivo del gasto sanitario público total y, especialmente, del gasto consolidado del sector Comunidades Autónomas. Se delimita la composición del gasto a través de las clasificaciones económica y funcional.

2. En segundo lugar, se centra el estudio en el gasto sanitario por persona protegida. Este apartado del estudio ha requerido los datos de población protegida, que han sido aportados por el Grupo de Trabajo de Población. Dado que diversas comunidades manifestaron la conveniencia de corregir el efecto de la estructura poblacional en relación con

el gasto sanitario, el Ministerio de Sanidad y Consumo elaboró un estudio que estimaba los perfiles de gasto sanitario por edades a efectos de obtener poblaciones ponderadas que permiten comparaciones más homogéneas, porque se descuenta el efecto de las diferentes estructuras etáreas. Bien entendido que es el único que se descuenta. No obstante, este análisis no ha sido aceptado por todas las Comunidades Autónomas.

3. El tercer apartado analiza el gasto en Atención Primaria, Especializada y Farmacia en relación con los datos de actividad y recursos correspondientes. Este es el apartado en el que surgieron, a nuestro juicio, las mayores dificultades de información, llevando, en algunos casos, a no relacionar los datos de gasto con los de actividad y recursos por falta de homogeneidad.

4. En el cuarto se analizan los indicadores de resultados del SNS.

5. Finalmente, en el quinto se exponen propuestas de racionalización del gasto sanitario público, las cuales fueron tenidas en cuenta posteriormente para elaborar la propuesta del Gobierno dirigida al control del gasto sanitario, que acompañaba a las medidas de incremento de recursos en el acuerdo para la mejora de la financiación del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas.

La coordinación con el Grupo de Trabajo de Población

Como se ha indicado, se ha trabajado con las cifras de población protegida aportadas por el Grupo de Trabajo de Población y en ellas se han basado determinados análisis del impacto del factor demográfico en el gasto sanitario.

Por otra parte, ambos grupos han compartido representantes y observadores que han podido informar sobre el desarrollo de los trabajos en los dos casos.

La segunda reunión de la Conferencia de Presidentes

En esta segunda reunión, a la luz de los informes emitidos por los dos Grupos de Trabajo, se planteó un acuerdo para la mejora de la financiación del gasto sanitario de las Comunidades Autónomas que, finalmente, fue aprobado en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, el 13 de septiembre de 2005, y tenido en cuenta en los presupuestos para 2006. Este acuerdo ha supuesto una importante inyección de recursos en el SNS. Recursos, en buena medida aportados por el Gobierno del Estado.

Las líneas de este acuerdo propuestas por la Conferencia de Presidentes consistían, por una parte, en establecer me-

didas para moderar el aumento del gasto sanitario (medidas de racionalización del gasto sanitario) y no sanitario (reasignación de recursos) y, por otra, medidas para elevar los ingresos.

Los Acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera

Todo ello se plasmó, como se ha indicado, en un Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera el 13 de septiembre de 2005. Por lo que se refiere a las medidas de racionalización del gasto, están basadas en el informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, y son las siguientes:

- 1. Implantar criterios racionales en la gestión de compras.**
- 2. Asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos.**
- 3. Promover la demanda responsable de los servicios sanitarios.**
- 4. Uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas.**
- 5. Consolidar incentivos a los profesionales sanitarios.**
- 6. Reforzar las Agencias de Evaluación de Tecnologías.**
- 7. Aumentar los recursos para la Atención Primaria.**
- 8. Desarrollar el Sistema de Información del SNS.**

9. El Grupo de Análisis del Gasto Sanitario continuará con sus trabajos para proponer medidas adicionales para la racionalización del gasto.

10. Con estas medidas las Comunidades Autónomas deben lograr que el gasto sanitario no crezca por encima del Producto Interior Bruto (PIB).

11. Las Comunidades Autónomas deben comprometerse a revisar sus gastos no sanitarios para obtener recursos adicionales para financiar la sanidad.

En el caso de los ingresos se han propuesto medidas que, sin modificar el actual modelo, proporcionen recursos adicionales por dos vías: *a)* añadiendo a los recursos que proporciona el sistema actual instrumentos que permitan mejorar la financiación, y *b)* aplicando ayudas inmediatas, dado que estos instrumentos no proporcionarán rendimientos en el corto plazo.

Las medidas relativas a los ingresos son las siguientes:

1. Para las Comunidades Autónomas de régimen común:

- Una mejora de los recursos que reciben las Comunidades Autónomas con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, de 1.677 millones de euros anuales (2006).
- Más otros 1.365 millones de euros que recibirán, con dos años de antela-

ción, de la liquidación del Sistema de Financiación, ya a partir de 2005⁽⁷⁾.

- Este aumento de recursos que hace el Estado podría incrementarse en un 40% si las Comunidades Autónomas hacen uso de su capacidad normativa, ya que el Gobierno del Estado, de acuerdo con las Comunidades Autónomas, procederá a incrementar la capacidad normativa de las mismas en relación con los impuestos indirectos sobre Hidrocarburos, Matriculación de Vehículos y Electricidad como instrumento útil para obtener los recursos que en cada caso procedan y expresión del principio de corresponsabilidad fiscal.

2. Para las Comunidades Autónomas de régimen foral:

- Una mejora de los recursos que reciben País Vasco y Navarra en forma de minoración del Cupo o la Aportación del importe que resulte por aplicación del índice vigente de imputación en cada ejercicio a las dotaciones extraordinarias destinadas por la AGE a financiar los gastos sanitarios de competencia de las Comunidades Autónomas, elevadas las dotaciones a nivel nacional.

La distribución de estos recursos se muestra en la tabla 2.

⁽⁷⁾ Eso supone, en la práctica, que las Comunidades Autónomas tendrán casi 4.400 millones de euros adicionales en los próximos 15 meses: 1.677 millones con cargo a los PGE en 2006; 1.365 millones de anticipos en 2005 y otros 1.365 millones en 2006.

El Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario: segunda etapa

El Consejo de Política Fiscal y Financiera de 22 de noviembre de 2005 ha aprobado la ampliación de las funciones del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario con objeto de que realice el seguimiento del Acuerdo alcanzado en la Conferencia de Presidentes sobre financiación del gasto sanitario.

Se atribuyen al grupo, en esta ocasión, 5 funciones:

1. Seguimiento de la puesta en práctica de las propuestas de racionalización del gasto sanitario.
2. Seguimiento de las nuevas medidas de racionalización y moderación del gasto sanitario.
3. Seguimiento del destino de los recursos, incorporados en los Presupuestos Generales del Estado, cuyo objeto es incrementar las aportaciones al SNS, así como en qué medida los anticipos a cuenta que recibirán las Comunidades Autónomas han sido utilizados para ayudar a la reducción de la deuda sanitaria.
4. Seguimiento del resto de las medidas adoptadas por la Administración General del Estado.
5. Continuación de los trabajos de análisis del gasto sanitario.

	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							
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%20Economica/13-09-05%20cuadro%20nota%20CPFF%20I.pdf>

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

(Continuación)

- a. Partida presupuestaria: se distribuye con los criterios establecidos en la Ley 21/2001 para las competencias sanitarias, es decir, un 75 % por población protegida por el SNS, un 24,5 % por población mayor de 65 años y un 0,5 % por insularidad. Los datos de población se actualizan a 2004.
- b. Insularidad: la insularidad se distribuye según un índice establecido en los sucesivos modelos de financiación.
- c. Anticipos a cuenta: se distribuye con los criterios establecidos en la Ley 21/2001.
- d. INGESA⁸: se distribuye con los criterios establecidos en la Ley 21/2001 para las competencias sanitarias. Esta cuantía forma parte del Fondo de Calidad del SNS, dotado con 50 millones de €. Nótese que los 48,8 restantes no aparecen en el cuadro pero sí se detallan en la relación de medidas detalladas en el documento “Clasificación de medidas aprobadas por la conferencia de presidentes”.
- e. Fondo de Cohesión Sanitaria: esta dotación adicional para el Fondo de Cohesión Sanitaria se distribuirá de acuerdo con los criterios que se establezcan en una nueva regulación del Fondo de Cohesión Sanitaria, así como de los Servicios de Referencia.
- f. Fondo de Garantía Sanitaria: se trata de una ampliación de esta garantía que la Ley 21/2001 establece hasta 2004^{**}. Los criterios de distribución, hasta ahora, se han establecido en las liquidaciones del modelo de financiación. Para instrumentar esta garantía, en las sucesivas liquidaciones del modelo de financiación (correspondientes a los años 2002 y 2003) se ha procedido de la siguiente forma:
 - 1. Determinar (siempre por comunidades) las necesidades de financiación totales en el año que se liquida.
 - 2. Determinar las necesidades de financiación sanitaria, estimadas como la misma proporción que representaban sobre las necesidades totales en el año base.
 - 3. Calcular el crecimiento desde el año base (1999) de las necesidades de financiación sanitaria.
 - 4. Comparar dicho crecimiento con el del PIB nominal a precios de mercado en el mismo periodo.
 - 5. Cuando el crecimiento del PIB supera al de las necesidades de gasto sanitario, se calcula la diferencia de las tasas de crecimiento.
 - 6. En este caso, se asigna a la comunidad “la garantía del PIB”, que es igual a la proporción que supone dicha diferencia sobre las necesidades de financiación sanitaria.
 En la liquidación del año 2003 esta garantía ha supuesto 224.083.470 €, y en la de 2002 supuso 208.829.370 €, con el desglose por comunidades que figura en las tablas 4 y 5.
- g. Asistencia a residentes extranjeros: se compone de dos partes, una correspondiente a los ingresos por la asistencia sanitaria prestada a pensionistas extranjeros y sus beneficiarios residentes en España, de la que se hace cargo un organismo asegurador de otro país, la otra corresponde al incremento de la facturación, y por tanto del saldo neto para España, por la asistencia prestada a pacientes extranjeros en estancia temporal en España de la que se hace cargo otro Estado. El primer saldo se distribuye por Comunidades Autónomas en función del número de documentos E-121 (acreditativo del derecho de los pensionistas extranjeros y sus beneficiarios a la asistencia sanitaria pública). El segundo saldo se distribuye por Comunidades Autónomas “de forma proporcional a la facturación que éstas presenten por dicho concepto ante el órgano competente, de acuerdo con la legislación vigente”***.
- h. Accidentes laborales no cubiertos por mutuas: la distribución de esta dotación se realizará mediante convenios suscritos por la Seguridad Social y los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas. Debe ser el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) quien realice una propuesta relativa a los criterios de reparto de estos fondos.
- i. Incremento en impuesto alcohol y tabaco: se distribuye según lo dispuesto en la Ley 21/2001 y depende, en definitiva, de los índices de consumo para los diferentes productos calculados por el INE para el año de que se trate.
- j. Incrementos de recaudación derivados del incremento de la capacidad normativa: la distribución se realizará en función de lo dispuesto en la Ley 21/2001 y dependerá, fundamentalmente, del ejercicio que de dicha capacidad normativa adicional realicen las Comunidades Autónomas.
- k. Minoración del Cupo o la Aportación: la distribución está en función de los índices de imputación del Cupo y la Aportación.

⁸Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que gestiona la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en Ceuta y Melilla.

^{**}La Ley 21/2001 establece en su Disposición transitoria segunda. Financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social que “...2. Durante los tres primeros años del Sistema de Financiación, el Estado garantiza a las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que el índice de evolución de la financiación asignada a los mismos tendrá un índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado”.

^{***}Véase el documento “Clasificación de medidas aprobadas por la conferencia de presidentes”.

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

Luces y sombras del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario en su primera etapa

Como puntos fuertes del trabajo, manifestados por miembros del grupo, cabe destacar el importante ejercicio de cooperación que se ha realizado, en el que la transparencia ha sido uno de los principios de actuación.

Se puede decir, con carácter general, que existe una valoración positiva del informe como documento descriptivo del gasto, de la actividad y los recursos sanitarios. Algunas opiniones se han manifestado favorables a que se aborde la mejora de los sistemas de información, sobre la base de la experiencia acumulada.

Cabría también señalar que el grupo, que ha tenido una composición heterogénea, ha ofrecido un marco de coordinación para profesionales con responsabilidades en el sector sanitario público desde distintos ámbitos: el sanitario y el económico, el autonómico y el de la Administración General del Estado.

En lo que se refiere a los sistemas de información sanitaria, base para cualquier análisis futuro que se pueda plantear, es de esperar que esta comunicación incida positivamente en los grupos de trabajo de la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS que son los que tienen la responsabilidad de desarrollar y mantener el sis-

Conferencia de Presidentes

Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario presidido por el Interventor General de la Administración del Estado

Consejo de Política Fiscal y Financiera de las Comunidades Autónomas presidido por el Vicepresidente Segundo y Ministro de Economía y Hacienda

Grupo de Trabajo de Población presidido por el Secretario General de Hacienda

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud presidido por la Ministra de Sanidad y Consumo

Subcomisión de Sistemas de Información presidido por la Directora del Instituto de Información Sanitaria

Grupo de Trabajo de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) presidido por el SG análisis económico y FCS

Tabla 3. Órganos y grupos de trabajo, con participación de las CCAA

CCAA	Índice de crecimiento 1999-2002 de la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la SS			Indice de evolución del PIB nominal a precios de mercado 1999-2002	Diferencia	Garantía a entregar a las CCAA			
	Total financiación de sanidad 2002	Necesidades de financiación de la sanidad año base 1999 a 1-1-02	Índice de crecimiento						
	(1) = (5) del cuadro 4.2	(2) = (2) del cuadro 4.2	(3) = (1)/(2)	(4)	(5) = (4)-(3)	(6) = (5)*(2) si (5)*(2) > 0			
Cataluña	4.850.026,70	3.975.886,19	1,2224	1,2313	0,0089	35.385,39			
Galicia	2.100.253,67	1.735.666,46	1,2101	1,2313	0,0212	36.796,13			
Andalucía	5.401.165,42	4.402.479,17	1,2268	1,2313	0,0045	19.811,16			
Asturias	901.628,36	744.004,91	1,2119	1,2313	0,0194	14.433,70			
Cantabria	429.407,07	399.677,86	1,2320	1,2313	-0,0007	0,00			
La Rioja	244.485,05	202.829,57	1,2054	1,2313	0,0259	5.235,29			
Murcia	835.604,27	674.072,34	1,2396	1,2313	-0,0083	0,00			
Comunidad Valenciana	3.045.955,02	2.475.466,69	1,2305	1,2313	0,0008	1.980,37			
Aragón	986.297,47	809.792,89	1,2180	1,2313	0,0133	10.770,25			
Castilla-La Mancha	1.339.768,18	1.094.097,46	1,2245	1,2313	0,0068	7.439,86			
Canarias	1.274.100,67	1.034.404,34	1,2317	1,2313	-0,0004	0,00			
Extremadura	839.507,47	692.023,38	1,2131	1,2313	0,0182	12.594,83			
Baleares	612.060,14	516.810,32	1,1843	1,2313	0,0470	24.290,09			
Madrid	3.788.044,69	2.989.397,55	1,2672	1,2313	-0,0359	0,00			
Castilla y León	1.941.595,28	1.609.409,45	1,2064	1,2313	0,0249	40.074,30			
Total CCAA	28.662.909,46	23.356.018,58				208.829,37			

Cantidades en miles de euros.

Financiación de las Comunidades Autónomas por los impuestos cedidos (IRPF, IVA e Impuestos Especiales), Fondo de Suficiencia y garantía de financiación de los servicios de asistencia sanitaria en el año 2002 y liquidación definitiva de dicho ejercicio.

Tabla 4. Garantías financiación sanidad. Garantía de asistencia sanitaria. Según número 2 de la Disposición Transitoria Segunda de la Ley 21/2001

CCAA	Índice de crecimiento 1999-2003 de la financiación de los servicios de asistencia sanitaria de la SS			Indice de evolución del PIB nominal a precios de mercado 1999-2003	Diferencia	Garantía a entregar a las CCAA
	Total financiación de sanidad 2003	Necesidades de financiación de la sanidad año base 1999 a 1-1-03	Índice de crecimiento			
	(1) = (5) del cuadro 5.2	(2) = (2) del cuadro 5.2	(3) = (1)/(2)			
Cataluña	5.206.032,93	3.975.886,19	1,3094	1,3184	0,0090	35.775,42
Galicia	2.234.352,55	1.735.666,46	1,2873	1,3184	0,0311	53.950,11
Andalucía	5.811.063,91	4.402.479,17	1,3200	1,3184	-0,0016	0,00
Asturias	958.064,57	744.004,91	1,2877	1,3184	0,0307	22.831,50
Cantabria	527.812,49	399.677,86	1,3206	1,3184	-0,0022	0,00
La Rioja	264.372,78	202.829,56	1,3034	1,3184	0,0150	3.037,71
Murcia	898.509,19	674.072,34	1,3330	1,3184	-0,0146	0,00
Comunidad Valenciana	3.277.496,67	2.475.466,69	1,3240	1,3184	-0,0056	0,00
Aragón	1.078.239,50	826.850,24	1,3040	1,3184	0,0144	11.879,86
Castilla-La Mancha	1.440.573,60	1.094.097,46	1,3167	1,3184	0,0017	1.884,49
Canarias	1.358.182,99	1.034.404,34	1,3130	1,3184	0,0054	5.575,69
Extremadura	896.245,40	692.023,38	1,2951	1,3184	0,0233	18.118,22
Baleares	658.329,69	516.810,32	1,2738	1,3184	0,0446	23.033,04
Madrid	4.043.992,19	2.990.636,34	1,3522	1,3184	-0,0338	0,00
Castilla y León	2.071.847,99	1.609.409,45	1,2873	1,3184	0,0311	49.997,43
Total CCAA	30.725.116,45	23.374.314,71				224.083,47

Cantidades en miles de euros.

Fuente: MEH.Financiación de las Comunidades Autónomas por los impuestos cedidos (IRPF, IVA e Impuestos Especiales), Fondo de Suficiencia y garantía de financiación de los servicios de asistencia sanitaria en el año 2003 y liquidación definitiva de dicho ejercicio.

Tabla 5. Garantía financiación sanidad 2003. Garantía de asistencia sanitaria 2003. Según número 2 de la disposición transitoria segunda de la ley 21/2001

tema de información del sistema sanitario público. Como ya se ha señalado, desde el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario se pueden realizar aportaciones importantes.

En la tabla 3 se muestran los órganos y grupos de trabajo, con participación de las Comunidades Autónomas, implicados en el desarrollo de los sistemas de información para el análisis del gasto sanitario que deberían estar adecuadamente coordinados, mantener una comunicación fluida y cooperar eficientemente.

Como puntos débiles se le achacan la escasez de tiempo, la falta de relación entre el análisis del gasto y las medidas propuestas y la necesidad de completarlas con medidas relativas a la financiación⁽⁸⁾ así como el hecho de que el informe no haya sido el resultado de una decisión colegiada. Por ello, éste incorpora las observaciones particulares de diversas Comunidades Autónomas (tablas 4 y 5).

⁽⁸⁾ Como se ha comprobado con posterioridad estas medidas se han planteado desde otro ámbito. El Grupo de Trabajo estaba limitado al área del gasto.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Badia i Chancho LI (GC-CIU). Boletín Oficial de las Cortes Generales Senado Serie I: Boletín General 4 de mayo de 2005 Núm. 224. Pregunta escrita Senado. 684/007982.
- CIS (2005). Barómetro de Opinión de febrero de 2005.
- Grupo Parlamentario Socialista del Congreso. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. Serie D. General 18 de febrero de 2005 Núm. 156. Proposición no de Ley ante el Pleno. Proposición no de Ley relativa a la financiación sanitaria.
- Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas.
- Ley Orgánica 5/2001, de 13 de diciembre, complementaria a la Ley General de Estabilidad Presupuestaria.
- Ley 18/2001, General de Estabilidad Presupuestaria.
- Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.
- MEH, MAP, MSC (2005). Líneas generales del documento sobre el gasto sanitario y su financiación enviado a las Comunidades Autónomas. Disponible en: <http://documentacion.meh.es/doc/GabineteMinistro/Notas%20de%20Prensa/2005/Politica%20Economica/01-09-05%20presentaci%C3%B3n%20financiaci%C3%B3n%20sanitaria.pdf>
- MEH (2005). Nota de prensa. 13 de septiembre de 2005. El Consejo de Política Fiscal y Financiera aprueba por amplia mayoría la mejora de la financiación del gasto sanitario de las CCAA. Disponible en: <http://documentacion.meh.es/doc/GabineteMinistro/Notas%20de%20Prensa/2005/Politica%20Economica/13-09-05%20CPFF%2013%20SEPTIEMBRE.pdf>
- MEH (2005). 13 de septiembre de 2005. Fondos que las Comunidades Autónomas van a recibir en los próximos 15 meses. Disponible en: <http://documentacion.meh.es/doc/GabineteMinistro/Notas%20de%20Prensa/2005/Politica%20Economica/13-09-05%20cuadro%20nota%20CPF%201.pdf>
- MEH (2005). Clasificación de las medidas acordadas por la Conferencia de Presidentes. Disponible en: <http://documentacion.meh.es/doc/GabineteMinistro/Notas%20de%20Prensa/>

- 2005/Politica%20Economica/13-09-05%20Documento%20CCAA%20del%20CPFF.pdf
- MEH (2005). Nota de prensa. El Consejo de Política Fiscal y Financiera aprueba el seguimiento del destino de los recursos derivados del Acuerdo sobre gasto sanitario. Disponible en: <http://documentacion.meh.es/doc/GabineteMinistro/Notas%20de%20Prensa/2005/Politica%20Economica/22-11-2005%20Consejo%20de%20Pol%C3%ADtica%20Fiscal%20y%20Finan>cier.pdf
- MEH. Informes sobre la financiación de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía 2002 y 2003. Disponible en: <http://www.meh.es/Portal/Estadistica+e+Informes/Informes+financiacion+comunidades+autonomas2.htm>
- MSC. Presupuesto del INSALUD. Datos y Cifras. Varios años.
- MSC (2005). Instituto de Información Sanitaria. Encuesta Nacional de Salud. 2003.
- MSC (2003). Recursos Económicos del SNS. 2003 y avance de 2005.

