

INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES

INFORME PARA EL ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO



**MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y HACIENDA**

**MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO**

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

JULIO 2005



INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES

**INFORME PARA EL ANÁLISIS
DEL
GASTO SANITARIO**

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

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA
SECRETARÍA DE ESTADO DE HACIENDA Y PRESUPUESTOS
JULIO 2005

Diseño portada: Miguel Ángel Aguilar Martín (IEF).

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://publicaciones.administracion.es>

Depósito Legal: M-43.126-2006

I.S.B.N.: 84-8008-220-8

N.I.P.O.: 602-06-024-8

Edita: Instituto de Estudios Fiscales

Avda. Cardenal Herrera Oria, 378

C.P. 28035 Madrid (España)

Tel.: 91 339 88 60 - Fax: 91 339 87 20

Imprime: ARTEGRAFI, S.A.

ÍNDICE

	<i>Páginas</i>
PRESENTACIÓN, por José Alberto Pérez Pérez	9
PRÓLOGO, por Jesús Ruiz-Huerta Carbonell	13
MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO Y PARTICIPANTES	15
I. INTRODUCCIÓN	23
II. DESCRIPCIÓN DEL GASTO SANITARIO	33
II.1. GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL	35
II.2. GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.....	39
II.2.1. Gasto sanitario público y su delimitación	39
II.2.2. Gasto sanitario público y su evolución	45
II.2.3. Distribución por Comunidades Autónomas	47
II.2.4. Gasto sanitario como porcentaje del PIB regional	49
II.2.5. Gasto sanitario como porcentaje del gasto público	51
II.2.6. Clasificación económica	52
II.2.6.1. Remuneración del personal	55
II.2.6.2. El consumo intermedio	83
II.2.6.3. Los conciertos	86
II.2.6.4. Las transferencias corrientes	90
II.2.6.5. Los gastos de capital.....	93
II.2.7. Clasificación funcional	97
II.2.7.1. Servicios hospitalarios y especializados	99
II.2.7.2. Servicios de atención primaria.....	103
II.2.7.3. Servicios de salud pública.....	107
II.2.7.4. Servicios colectivos de salud	110
II.2.7.5. Investigación y formación	114
II.2.7.6. Gastos de administración general	117
II.2.7.7. Gasto en farmacia	121

	<i>Páginas</i>
II.2.7.8. Gastos de traslado de enfermos, prótesis y aparatos terapéuticos	124
II.2.7.9. Transferencias corrientes a otros sectores	135
 ANEXO I. DISCREPANCIAS RELATIVAS A LOS DATOS DE GASTO SANITARIO PÚBLICO	 141
 III. INDICADORES DE GASTO POR PERSONA PROTEGIDA	 145
III.1. Introducción	147
III.2. La población protegida	150
III.3. Gasto por persona protegida	157
III.4. Gasto por persona protegida sin incluir prestaciones fuera de catálogo.....	159
III.5. Peso del gasto sanitario por persona protegida en el PIB per capita	160
III.6. Peso del gasto sanitario por persona protegida en la Renta Bruta Disponible de los Hogares per capita	163
III.7. Peso del gasto sanitario por persona protegida en el gasto público per capita	165
III.8. Gasto en servicios hospitalarios y especializados por persona protegida	169
III.9. Gasto en atención primaria por persona protegida.....	169
III.10. Gasto en salud pública por persona protegida.....	170
III.11. Gasto en servicios colectivos por persona protegida	172
III.12. Gasto en investigación y formación por persona protegida	172
III.13. Gasto en administración general por persona protegida	173
III.14. Gasto en farmacia por persona protegida	174
III.15. Gasto en traslado de enfermos por persona protegida	175
III.16. Gasto en prótesis y aparatos terapéuticos por persona protegida ..	176
III.17. Gasto de capital por persona protegida	177
III.18. Población protegida equivalente.....	178
III.19. Gasto por población protegida equivalente	184
 ANEXO II. PERFILES DE GASTO SANITARIO PÚBLICO POR EDAD	 187
1. Resultados.....	187
2. Metodología.....	193
3. Cálculos	195
4. Referencias bibliográficas sobre la incorporación de la estructura de la población al análisis del gasto sanitario	199

	<i>Páginas</i>
IV. INDICADORES RELACIONADOS CON EL GASTO.....	201
IV.1. ATENCIÓN PRIMARIA.....	203
Indicadores de gasto sanitario y recursos y actividad en atención primaria	203
IV.1.1. Introducción.....	203
IV.1.2. Gasto en atención primaria y población protegida.....	204
IV.1.3. Relación entre gasto en atención primaria y dispersión..	205
IV.1.4. Gasto por persona en atención primaria y volumen de población	206
IV.1.5. Gasto por persona en atención primaria y dispersión	207
IV.1.6. Gasto y médicos en atención primaria.....	207
ANEXO III. INFORME APORTADO POR CASTILLA Y LEÓN SOBRE GASTO Y DISPERSIÓN.....	225
IV.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....	229
Indicadores de gasto sanitario y recursos y actividad en atención especializada.....	229
IV.2.1. Introducción.....	229
IV.2.2. Gasto en atención especializada y población	230
IV.2.3. Las consultas externas.....	231
IV.2.4. La actividad quirúrgica y la CMA	234
IV.2.5. Las camas	235
IV.2.6. Las altas.....	237
IV.2.7. Las estancias	241
IV.2.8. La estancia media y el ajuste por casuística	242
IV.2.9. La alta tecnología.....	247
IV.2.10. Las urgencias	247
IV.2.11. Flujos de desplazados.....	249
ANEXO IV. METODOLOGÍA DEL CÁLCULO DE INDICADORES DE CASUÍSTICA Y DE FUNCIONAMIENTO	277
IV.3. GASTO EN FARMACIA.....	281
IV.3.1. Análisis del gasto farmacéutico hospitalario	281
IV.3.2. Análisis de la evolución del gasto farmacéutico a través de receta médica	283
IV.3.2.1. Evolución del gasto	283
IV.3.2.2. Evolución de las recetas.....	285

	<i>Páginas</i>
IV.3.2.3. Gasto por receta	288
IV.3.2.4. Importe por receta	290
IV.3.2.5. Importe por persona	292
IV.3.2.6. Recetas por persona.....	293
IV.3.2.7. Porcentaje de aportación sobre importe facturado	295
IV.3.2.8. Evolución de la población protegida de farmacia	296
IV.3.2.9. Análisis comparado de algunos indicadores....	298
 IV.4. RESULTADOS EN SALUD	 301
Indicadores de resultados en salud y gasto sanitario.....	301
IV.4.1. Mortalidad	301
IV.4.2. Satisfacción de los ciudadanos con el sistema.....	312
IV.4.3. Gasto sanitario en relación con las defunciones	315
IV.4.4. Gasto sanitario en relación con la satisfacción	317
 V. PROPUESTAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO	 319
 VI. RESUMEN DE RESULTADOS.....	 331
 VII. COMUNICACIONES DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS	 353
VII.1. ANDALUCÍA.....	355
VII.2. ARAGÓN	357
VII.3. ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	360
VII.4. CANARIAS.....	361
VII.5. CATALUÑA	364
VII.6. COMUNIDAD VALENCIANA	366
VII.7. GALICIA	369
VII.8. MADRID (COMUNIDAD DE).....	372
VII.9. MURCIA (REGIÓN DE)	381
VII.10.RIOJA (LA).....	389

PRESENTACIÓN

LA Conferencia de Presidentes celebrada en octubre de 2004 abordó, entre otras cuestiones, la financiación sanitaria. En dicho foro se contemplaron algunas circunstancias relacionadas con la situación actual del gasto sanitario, así como algunas causas que han condicionado su evolución. A partir de aquella reflexión inicial se formularon una serie de propuestas entre las cuales se encontraba la de crear un Grupo de Trabajo, presidido por la IGAE, con el encargo de realizar un estudio del origen, composición, eficacia y eficiencia del gasto sanitario.

El Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario comenzó su labor a principios de 2005 y culminó sus trabajos en el mes de junio de ese mismo año con la presentación de un informe al Consejo de Política Fiscal y Financiera, que respondía al mandato recibido por el Grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes.

Como presidente del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, es una satisfacción presentar el Libro Blanco del Instituto de Estudios Fiscales a través del cual se difunde el Informe elaborado en el año 2005 por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario, en el que se analiza de forma exhaustiva el gasto sanitario público en el período 1999-2003 y se determina, con el máximo nivel de detalle posible, cuáles son los factores que explican el volumen y la evolución de sus distintos componentes.

El informe elaborado por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario es el resultado de un arduo trabajo por parte de todas las personas que han participado de una u otra forma en el mismo y ello tanto por el volumen de información manejada, como por el escaso tiempo con el que se ha contado para su elaboración. Por ello, es obligado agradecer la colaboración activa de todos los Miembros del Grupo de Trabajo, desde los representantes de los Ministerios de Economía y Hacienda, Sanidad y Consumo y Presidencia, a los representantes de cada una de las Comunidades y Ciudades Autónomas, cuyas aportaciones y disposición han hecho posible la elaboración de un análisis exhaustivo, completo y riguroso de los factores que determinan el volumen y evolución del gasto sanitario y sus componentes. Quiero asimismo destacar la fluidez y la transparencia de las relaciones en el funcionamiento del Grupo de Trabajo, lo cual ha contribuido, sin duda, a la calidad del resultado final.

El informe objeto de esta publicación consta de cinco apartados bien definidos.

En el primero de ellos se realiza un estudio descriptivo del gasto sanitario público consolidado del sector Comunidades Autónomas desde los puntos de vista de la clasificación económica y funcional del gasto. Un aspecto a destacar en este análisis es el hecho de que éste se realiza teniendo en cuenta el gasto real de cada uno de los ejercicios, en lugar del gasto liquidado. Otro aspecto novedoso es la presentación de la distribución del gasto en conciertos de la Comunidad de Cataluña en los diferentes conceptos de la clasificación económica y funcional.

El segundo apartado lleva a cabo un análisis de la evolución del gasto sanitario público per capita. Para ello se han tenido en cuenta los factores determinantes de la evolución del gasto como son el factor demográfico, el factor precios y el factor prestación media por persona. Partiendo de la evolución demográfica habida en los últimos años se ha llevado a cabo un análisis del impacto que dicha evolución ha tenido en el gasto sanitario público, calculando el gasto por persona protegida equivalente a partir de varios escenarios.

La tercera parte del informe se detiene en la realización de un estudio detallado del gasto sanitario público en atención primaria de salud, utilizando indicadores basados en las variables de población protegida, dispersión geográfica y médicos de atención primaria; y en atención especializada, centrándose en aspectos como el número de consultas externas, la cirugía mayor ambulatoria, la dotación de camas, el índice de estancia media y el número de urgencias atendidas en los hospitales. El gasto en farmacia es uno de los componentes del gasto sanitario público con mayor peso y el más dinámico, lo cual justifica la especial atención que se le ha dedicado en este informe diferenciando el gasto farmacéutico hospitalario y el extrahospitalario.

Uno de los encargos de la Conferencia de Presidentes al Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario era el análisis de la eficacia y la eficiencia del gasto sanitario. En este sentido es preciso poner de manifiesto que un estudio riguroso de la eficacia y la eficiencia debe llevarse a cabo sobre la base de datos referidos a unidades de producción homogénea en el sector sanitario y el estudio que se recoge en el informe que nos ocupa se enmarca en un contexto más agregado, limitado, por una parte, por los sistemas de información disponibles y por otra parte, por el escaso tiempo del que se ha dispuesto para la elaboración del informe. Por ello, los indicadores que se han empleado en el informe no pueden considerarse indicadores de eficacia y eficiencia en sentido estricto, sino como una forma de explicar la evolución y la variabilidad del gasto sanitario público como modo de aproximación a ambos conceptos.

Por último, el quinto apartado del informe contiene una serie de propuestas de racionalización del gasto sanitario público. Es lógico que, como resultado del análisis efectuado a lo largo del informe, donde se pone de manifiesto el elevado

ritmo de crecimiento que en los últimos años está registrando el gasto sanitario, el Grupo de Trabajo proponga una serie de medidas a adoptar por las Comunidades Autónomas con el fin de racionalizar el gasto, mejorar la eficiencia y, en definitiva, garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Esas medidas de racionalización del gasto sanitario constituyen el punto de arranque de la recientemente iniciada segunda etapa del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. La Segunda Conferencia de Presidentes celebrada en septiembre de 2005 abordó de manera directa y en profundidad el tema de la financiación sanitaria acordando una aportación por parte del Estado al Sistema Nacional de Salud. Asimismo, la Segunda Conferencia de Presidentes estableció que las Comunidades Autónomas deberían adoptar las medidas de racionalización del gasto sanitario propuestas en el informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario y que éste continuara sus trabajos con el fin de desarrollar y concretar las medidas de moderación de crecimiento del gasto y completarlas con otras nuevas.

El Consejo de Política Fiscal y Financiera celebrado posteriormente con el fin de fijar los criterios de reparto de las cantidades a territorializar estableció, además, que el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario efectuara el seguimiento de las medidas relativas al gasto sanitario derivadas de la Segunda Conferencia de Presidentes, concretándolas de la siguiente forma: seguimiento de las medidas propuestas por el Grupo de Trabajo en el informe de junio de 2005; seguimiento de las nuevas medidas que se propongan en materia de racionalización del gasto sanitario; el seguimiento de los recursos incorporados en los Presupuestos cuyo objeto es incrementar las aportaciones al Sistema Nacional de la Salud, comprobando si los anticipos a cuenta recibidos por las CCAA han ayudado a la reducción de la deuda sanitaria, así como el seguimiento de cualquier otra medida adoptada por la Administración en ejecución de lo dispuesto en la Segunda Conferencia de Presidentes; y la continuación de los trabajos de análisis del gasto sanitario.

Así pues, con el fin de cumplir los extremos anteriores, el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario ha retomado su labor el pasado mes de abril con el objeto de presentar a comienzos del año 2007 un nuevo informe, que se remitirá al Consejo de Política Fiscal y Financiera y al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en que se recojan todos los avances y verificaciones encomendadas al Grupo. Este segundo informe que elaborará el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario estoy seguro será del mismo rigor y calidad que el que se recoge a continuación.

Madrid, mayo de 2006.

JOSÉ ALBERTO PÉREZ PÉREZ
Interventor General de la Administración del Estado

PRÓLOGO

LA Constitución Española diseñó un modelo de Estado en el que el reparto de competencias, unido al de las instituciones que garantizan su ejercicio, otorga altas cotas de autogobierno a las Comunidades Autónomas. El grado de descentralización del gasto público sitúa a España en el mismo nivel que los países tradicionalmente considerados como modelos federales y, en el caso del gasto sanitario, España se encuentra entre los países más descentralizados.

En este contexto, cobran especial relevancia los mecanismos de coordinación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. España cuenta con un sistema de Conferencias Sectoriales dedicadas a esta tarea y, durante la presente legislatura, se ha constituido la Conferencia de Presidentes, que es el órgano de más alto nivel.

Una de las primeras cuestiones que ha tenido que tratar la Conferencia de Presidentes ha sido la financiación del gasto sanitario, hecho que ha resultado decisivo para situar al Sistema Nacional de Salud en el primer plano político. Aunque el actual modelo de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía nació con vocación de permanencia para dar estabilidad al sistema, transcurridos pocos años de su entrada en funcionamiento, las Comunidades Autónomas han puesto de manifiesto tensiones financieras que se han atribuido al intenso crecimiento del gasto sanitario.

En la primera reunión de la Conferencia de Presidentes, celebrada en octubre de 2004, se planteó la necesidad de realizar un estudio de la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud para tratar de analizar cuáles son los factores que explican el volumen y la evolución de los distintos componentes del mismo. Dicho estudio se encargó a un grupo de trabajo “ad hoc” creado por la citada Conferencia y presidido por el Interventor General del Estado: el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario.

La publicación que ahora tengo el gusto de prologar es el informe elaborado por este grupo de trabajo, que ha sido posible gracias a la ejemplar colaboración entre el Ministerio de Economía y Hacienda, el de Sanidad y Consumo, Presidencia y las Comunidades y Ciudades Autónomas, y que ha constituido uno de los elementos clave en los que se han basado las medidas sobre financiación del

gasto sanitario propuestas por la segunda Conferencia de Presidentes y aprobadas por el Consejo de Política Fiscal y Financiera en septiembre de 2005.

El Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario se perfila como un potente instrumento de coordinación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, y constituye un punto de encuentro para los profesionales que trabajan tanto en el área económica como en la sanitaria de ambas Administraciones, impulsando asimismo la comunicación de los sistemas de información de índole económica con los de índole sanitaria.

Su trabajo, centrado en el estudio del gasto sanitario, ha generado, y estoy convencido de que aportará en el futuro, conocimientos muy útiles para mejorar la gestión pública de los sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas.

Para el Instituto de Estudios Fiscales es una satisfacción contribuir, a través de su colección de Libros Blancos, a la difusión de este informe sobre el gasto sanitario, resultado del esfuerzo y la colaboración de muchas personas e instituciones.

Vaya para todos ellos nuestro más sincero reconocimiento.

Madrid, mayo de 2006.

JESÚS RUIZ-HUERTA CARBONELL
Director General del Instituto de Estudios Fiscales

RELACIÓN DE COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO

Administración General del Estado	Persona designada (*)
PRESIDENTE	José Alberto Pérez Pérez <i>Interventor General de la Administración del Estado</i>
Secretaría	Rosario Martínez Manzanedo <i>Subdirectora General de Análisis y Cuentas Económicas del Sector Público</i>
Ministerio de Economía y Hacienda	Silvia López Rivas <i>Directora General de Coordinación Financiera con las Comunidades Autónomas</i>
	Juan Gradolph Cadierno <i>Subdirector General de Ordenamiento Jurídico Económico</i>
	Angela Blanco Moreno <i>Jefe de Estudios de Investigación del Instituto de Estudios Fiscales</i>
Ministerio de Sanidad y Consumo	Rosa Urbanos Garrido <i>Vocal Asesora del Gabinete de la Ministra</i>
	Alberto Infante Campos <i>Vocal Asesor del Gabinete de la Ministra</i>
	Mercedes Alfaro Latorre <i>Subdirectora General del Instituto de Información Sanitaria</i>
	José Antonio Benedicto Iruñ <i>Jefe del Gabinete Técnico de la Subsecretaría</i>

(*) Las personas designadas aparecen con el cargo que ostentaban en el momento de su participación en el Grupo de Trabajo.

Comunidades y Ciudades Autónomas	Persona designada
Andalucía	M^a Victoria Pazos Bernal <i>Directora General de Relaciones Financieras con otras Administraciones</i>
Aragón	Alfonso Peña Ochoa <i>Interventor General</i>
Asturias	Manuel García Encabo <i>Director General de Planificación.</i> <i>Consejería de Sanidad</i>
Balears	Montserrat Bango Amat <i>Directora General de Presupuestos.</i>
Balears	Francisco Sánchez Fernández <i>Coordinación de Financiación</i>
Canarias	María Marqués Caldentey <i>Directora General de Economía</i>
Canarias	Miguel Font Rosselló <i>Director del Instituto Balear de Estadística</i>
Canarias	Alberto Mario Pazos Astrar <i>Director General de Recursos Económicos del Servicio Canario de Salud</i>
Canarias	Gabriel Megías Martínez <i>Director General de Planificación y Presupuestos.</i> <i>Consejería de Economía y Hacienda</i>
Canarias	Juan Luis Olmedo Guerrero <i>Jefe de Servicio de Estudios y Análisis Económicos</i>
Cantabria	Mariano Rojo Pérez <i>Interventor General</i>
Castilla y León	Armando Baeta Canales <i>Director General de Presupuestos y Fondos Comunitarios</i>
Castilla y León	Andrés Carretón Bueno <i>Director General de Tributos y Política Financiera</i>
Castilla y León	Antonio León Hervás <i>Director General de Administración e Infraestructuras</i>
Castilla-La Mancha	José Damián Oliva García <i>Interventor General</i>

Administración General del Estado	Persona designada
Cataluña	José María Portabella i d'Alós <i>Interventor General</i>
Comunidad Valenciana	José Manuel Vela BARGUES <i>Secretario Autonómico de Economía y Presupuestos</i>
	Eloy Jiménez Cantos <i>Director General para los Recursos Económicos de Sanidad</i>
Extremadura	Guillermo Fernández Vara <i>Consejero de Sanidad y Consumo</i>
Galicia	M^a Dolores Casais Mira <i>Directora General de Presupuestos</i>
	Carlos Monclús Díez de Ulzurrun <i>Secretario General de Sanidad</i>
Madrid	Eladio Tesouro González <i>Director General de Seguimiento Presupuestario y Régimen Económico y Financiero.</i> <i>Consejería de Sanidad y Consumo</i>
	Francisco Sánchez Prieto <i>Subdirector General de Financiación</i>
	Gregorio Madrid Esteban <i>Interventor General</i>
Murcia	Isabel Martínez Conesa <i>Directora General de Presupuestos y Finanzas</i>
	M^a del Mar Ortiz Sánchez <i>Subdirectora General de Gestión, Coordinación y Recaudación</i>
Navarra	Francisco Javier Sada Goñi <i>Director General de Salud</i>
País Vasco	Javier Losa Ciganda <i>Director de la Oficina de Control Económico</i>
	Iñaki Betolaza San Miguel <i>Viceconsejero de Sanidad</i>

Administración General del Estado	Persona designada
La Rioja	Francisco Rojas Soto <i>Director General de Planificación y Presupuestos</i>
Ceuta	Celina de Miguel Ratero <i>Vicepresidenta Segunda de la Asamblea</i>
Melilla	Francisco Platero Lázaro <i>Jefe del Servicio de Intervención</i>

RELACIÓN DE PERSONAS QUE HAN COLABORADO CON EL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO

ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

INTERVENCIÓN GENERAL DEL ESTADO

- Pilar Seisdedos Espinosa
- Elena Montes Sánchez

SECRETARÍA GENERAL DE HACIENDA

- José M^a Piñeiro
- Agustín Manzano

INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES

- Israel John Thuissard Vasallo

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA

- Santiago Esteban Gonzalo
- M^a Ángeles Gogorcena Aoiz
- Belén Crespo Sánchez-Eznarriaga
- Vicente Gómez Juanes
- Pilar Jiménez Rosado
- Enrique Regidor Poyatos
- Ana Ruiz Martínez

SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS ECONÓMICO Y FONDO DE COHESIÓN

- Jorge Relaño Toledano
- M^a Luisa García Calatayud
- José M^a Lillo Fernández de Cuevas

DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA

- María Jesús Guilló

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

- Francisco Javier Rubio Rodríguez
- Pablo Martín González

INTERVENCIÓN DELEGADA

- José Carlos Alcalde Hernández

INGESA

- Rosa Maldonado Céspedes

PRESIDENCIA DE GOBIERNO

- Elisa Díaz Martínez
- Teresa Millán

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS

**MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA ESTADÍSTICA
DE GASTO SANITARIO PÚBLICO**

Nombre	Cargo	Unidad	Comunidad Autónoma
Francisco de la Fuente Serrano	Jefe de Servicio de Planificación Económica	Dirección General de Planificación Económica e Infraestructura	ANDALUCÍA
José María Abad Diez	Jefe de Servicio de Evaluación y Calidad Asist.	Servicio de Evaluación, Departamento de Salud y Consumo	ARAGÓN
Juan José Álvarez Fernández	Subdirector de Gestión Económico Financiero	Servicio de Salud	ASTURIAS
Francisco José Moranta Mulet	Subdirector de Presupuestos y Contabilidad	Dirección Económico Administrativa - SALUD I CONSUM	BALEARES
Juan Luís Olmedo Guerrero	Jefe de Servicio de Estudios y Análisis Económicos	Dirección General de Recursos Económicos	CANARIAS
Juan Gregorio González Pérez	Economista del Servicio Cántabro de Salud	Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social	CANTABRIA
Angel Remesal Remesal	Jefe de Servicio Admón Económica	Consejería de Sanidad	CASTILLA Y LEÓN
M ^a Carmen Ruiz Molina	Jefe de Servicio	SESCAM	CASTILLA-LA MANCHA
Blanca Esther Hernández Aristu	Secretaría General Técnica Consejería de Sanidad	SANIDAD	CASTILLA-LA MANCHA
Francesc Martínez Asensio	Técnico	Servicio Catalán de Salud - División Recursos Económicos	CATALUÑA
Carmen Aguado Giménez	Jefe de Servicio de Análisis de Costes y Facturación	Consejería de Sanidad	COMUNIDAD VALENCIANA
Francisco Javier Rubio Blanco	Subdirector de Gestión Económica y Contratación Administrativa	Servicio Extremeño de Salud	EXTREMADURA

Nombre	Cargo	Unidad	Comunidad Autónoma
Eduardo Lozano Nogalez	Subdirector de Contabilidad	Servicio Extremeño de Salud	EXTREMADURA
Francisco Javier Rubio Bethancourt	Subdirector General de Gestión Económica	SEMURSA	GALICIA
Manual José López López	Jefe de Servicio de Análisis Presupuestario	Servicio Gallego de Salud	GALICIA
Vicente Losada Martín	Asesor Técnico Servicio de Datos Sanitarios	Dirección General de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública	MADRID
Fernando Balduz Ugarriza	Jefe de Contabilidad y Presupuestos	Sº Navarro de Salud-Osasunbidea	NAVARRA
Ana Isabel Vitorica Leoz	Jefe de Planificación y Evaluación	Departamento de Sanidad	PAÍS VASCO
Pilar Saenz Ortiz	Jefe de Area de Planificación	D. Gral. de Salud y Desarrollo Sanitario	LA RIOJA
Mª Concepción Pérez Cuadra	Jefe de Sº de Presupuestos y Contratación Administrativa	Servicio Riojano de Salud	LA RIOJA

I
INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Tras el acuerdo alcanzado en la Conferencia de Presidentes que se celebró el 28 de octubre de 2004, se encargó al Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público, dirigido por la Intervención General de la Administración del Estado, la elaboración de *“un estudio de la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva contable, pero también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia”*. El presente informe analiza, pues, de forma exhaustiva el gasto sanitario público en el período 1999-2003 y trata de determinar, con el máximo nivel de detalle posible, cuáles son los factores que explican el volumen y la evolución de los distintos componentes del gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas, evaluando asimismo su importancia relativa. Del análisis cuantitativo del gasto sanitario público podrán derivarse algunas conclusiones que permitan al Consejo de Política Fiscal y Financiera, en el ámbito de sus competencias, tomar las decisiones que considere oportunas. Asimismo se ha considerado relevante incluir, a la luz de los resultados del estudio, unas reflexiones orientadas a favorecer la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS).

Para realizar el estudio de situación del gasto, de su composición y origen, se ha recopilado información específica que ha sido aportada por las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas, y que ha permitido completar la información que hasta el momento estaba disponible para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Por primera vez se cuenta para un análisis de estas características con datos de gasto real (gasto efectivamente realizado en cada uno de los ejercicios), en lugar de con datos de gasto liquidado. Asimismo, se ha utilizado información inédita sobre la distribución del gasto en conciertos de la Comunidad de Cataluña en los distintos conceptos de la clasificación económica y funcional del gasto, lo que resultaba imprescindible para la correcta homogeneización de las cifras entre CC.AA. En tercer lugar, se han recogido cifras del gasto correspondiente a las prestaciones no cubiertas por el catálogo común del Sistema Nacional de Salud, lo que también ha contribuido a que pueda realizarse un análisis homogéneo del gasto sanitario. Otros datos inéditos hasta el momento, como los referidos a las retribuciones de los profesionales o al consumo de productos farmacéuticos que se produce en los hospitales han sido asimismo incorporados al análisis. Por último, se ha recopilado numerosa información relativa tanto a los recursos como a la actividad de los distintos Servicios Autonómicos

de Salud. Toda esta información, que ha sido analizada y sintetizada en el Instituto de Estudios Fiscales con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo, contribuye de manera muy significativa a un mejor conocimiento de la realidad del sector público sanitario de nuestro país.

En todo caso, es necesario señalar que el presente análisis, y los resultados que de él se derivan, han sido posibles únicamente gracias a la activa colaboración de todos y cada uno de los miembros del Grupo de Trabajo.

Por lo que respecta al estudio de la eficiencia y eficacia del gasto sanitario, el Grupo de Trabajo considera preciso realizar las siguientes consideraciones:

En primer lugar, un estudio adecuado tanto de la eficiencia como de la eficacia se ha de realizar sobre la base de datos referidos a unidades de producción homogénea en el sector sanitario. El estudio que ahora se aborda se enmarca, necesariamente, en un contexto más agregado, delimitado tanto por los sistemas de información como por los plazos disponibles.

En el caso particular de la eficiencia, la aplicación de un enfoque económico para su medida exige relacionar los recursos consumidos con la producción de servicios sanitarios a partir de información detallada para las unidades de producción que vayan a compararse, que deben actuar en unas condiciones tan homogéneas como sea posible para eliminar posibles sesgos. Los análisis empíricos al uso se circunscriben a hospitales de similares características (acotando, por ejemplo, dimensión mínima y máxima, o limitando el estudio a los hospitales de una misma Comunidad Autónoma), e incluso a departamentos concretos dentro de los hospitales; o bien a centros de salud dentro del ámbito de la atención primaria. Esto es, un análisis detallado de la eficiencia exige conocer la información sobre recursos y actividad referidos a todos los centros asistenciales de cada una de las Comunidades Autónomas, una vez definidas las distintas unidades de producción (centro de salud, distintos tipos de hospitales). Una vez realizado este ejercicio, sería necesario construir modelos explicativos que indicaran cuáles son las causas de que los centros se sitúen en sus respectivas posiciones (características diferenciales de gestión o de organización de las que se derivan los resultados en términos de eficiencia, etc.) Sin perjuicio de que sea recomendable acometer semejante tarea de medición, el Grupo de Trabajo ha dispuesto de un tiempo y unos medios muy limitados para realizar un diagnóstico de situación que permita ofrecer recomendaciones concretas para la mejora de la eficiencia de los centros. No obstante, este ejercicio debería acometerse de forma periódica, y deberían sentarse las bases para que sea posible en un futuro.

Por lo que respecta a la eficacia del gasto sanitario, debería determinarse cuál es la contribución relativa del gasto sanitario a la mejora de la salud de los ciu-

dadanos. Un análisis riguroso exigiría realizar un estudio de características micro que se aleja en tiempo y en recursos de las posibilidades de actuación del presente Grupo de Trabajo, y que requeriría medir el resultado en términos de salud de los distintos procedimientos clínicos (teniendo en cuenta el gasto asociado a los mismos), para lo cual habría sido necesario disponer de un volumen de información imposible de obtener en plazo tan breve. No obstante, también en este caso deberían sentarse las bases para que este tipo de ejercicio sea posible en el futuro de manera periódica y sistemática para el conjunto del SNS, dados los potenciales beneficios que de él podrían obtenerse para la mejora de la sanidad pública española.

Por lo tanto, los indicadores empleados en el presente informe no pueden considerarse indicadores de eficacia y eficiencia en sentido estricto, y serán utilizados para tratar de explicar la evolución y la variabilidad del gasto sanitario público como modo de aproximación a ambos conceptos.

A lo largo del trabajo desarrollado por este Grupo se han puesto de manifiesto, en diferentes ocasiones, las insuficiencias que el actual sistema de información sanitaria del SNS arrastra en diferentes áreas de análisis. La forma más directa de visualizar la eficacia de un sistema de información es la disponibilidad, fiabilidad y pertinencia de los datos y de su información derivada cuando se debe dar respuesta a una finalidad inmediata y concreta. La recogida, compilación e integración de la información disponible en diferentes fuentes relevantes para el análisis del gasto sanitario público han puesto de manifiesto debilidades y oportunidades de mejora del actual Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

Por lo que respecta a la información relativa al gasto sanitario, la base utilizada en este informe ha sido la disponible para la elaboración de la Estadística del Gasto Sanitario Público (EGSP) producida en el Ministerio de Sanidad y Consumo por la Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión, dependiente de la Dirección General de Cohesión del SNS y Alta Inspección de la Secretaría General de Sanidad. Esta operación estadística, realizada con la colaboración de las Consejerías y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y otros organismos implicados en la gestión del gasto sanitario público, está incluida en el Plan Estadístico Nacional con el nombre de Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público, lo que da una primera idea de sus objetivos, que no eran otros, en origen, que acotar el sector sanitario público dentro de la Contabilidad Nacional (CN), asegurando su coherencia para un análisis macroeconómico del gasto.

En primer lugar, es preciso destacar que la EGSP únicamente incluye datos de gasto liquidado, por lo que debe completarse con información sobre las deu-

das generadas en cada ejercicio para ofrecer una imagen fiel del gasto sanitario público de cada año.

En segundo lugar, la evolución del sector sanitario, vinculada al proceso de transferencia de las competencias sanitarias, ha dado lugar a la aparición de múltiples actores dentro de los sectores institucionales definidos en la CN. Esto ha permitido un análisis más pormenorizado del gasto pero ha dado lugar también a una diversidad de organizaciones y métodos contables que no han redundado en una mayor comparabilidad de los datos, especialmente desde una óptica funcional.

En el año 2000 la OCDE publicó el Manual “Sistema de Cuentas de la Salud” (SCS), y pareció lógico considerar su implementación en nuestro país como un desarrollo de esa estadística y aprovechar la experiencia y los equipos desarrollados para la producción de la EGSP para la producción de las Cuentas Nacionales de Salud. Los formularios diseñados para recoger la información destinada a la EGSP se han venido modificando paulatinamente, intentando recoger algunas distinciones básicas establecidas en el citado manual.

Para desarrollar la implementación del manual, se creó por la Subcomisión de Sistemas de Información de Consejo Interterritorial del SNS, un Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (GTGS) formado por las personas que, en las CC.AA. y otros organismos públicos, venían colaborando en la elaboración de la EGSP. El pasado año se abordó la tarea de aprobar en ese grupo de trabajo el análisis funcional de una aplicación que permita recoger información útil tanto para la EGSP como para las Cuentas Nacionales de Salud, ya que el manual SCS ha sido adoptado por la Unión Europea a través de EUROSTAT como base del sistema de información del gasto sanitario en los países miembros.

Por tanto, actualmente los formularios de recogida de la información para la EGSP, aunque basados en clasificaciones básicamente presupuestarias, incorporan desgloses y descienden a niveles de clasificación funcional que raramente se alcanzan en todas las CC.AA., de modo que la información sólo se puede ofrecer después, para ser coherente y comparable, en términos mucho más agregados de lo exigido por un análisis que intente aproximarse a la eficacia y eficiencia del sistema.

Una manifestación específica de este problema se aprecia al considerar las transferencias intersectoriales, que pueden tener distintas finalidades, no siempre explícitas en la documentación disponible. Por ejemplo, algunas CC.AA. pueden estar cubriendo su atención de larga duración o la psiquiátrica en convenio con las redes de instituciones sin fines de lucro o municipales, mientras otras han asumido su gestión con medios propios. Este hecho origina que el

análisis funcional no pueda descender a este grado de estudio, dadas las discrepancias entre CC.AA., y que deba mantenerse en términos de atención especializada o primaria, que es el nivel al que pueden asignarse, usualmente, estas transferencias.

Otra limitación relevante para el análisis se refiere a los denominados modos de producción en el manual SCS, y especialmente al grado de ambulatorización de la atención especializada, que se considera habitualmente como un indicador de eficiencia del sistema sanitario, pero que no es medible en términos de gasto a partir de la información presupuestaria.

La aplicación de las normas y clasificaciones contenidas en el manual SCS y concretadas en la aplicación cuyo desarrollo es objetivo del GTGS, permitirá un análisis mucho más refinado del gasto sanitario, aunque hay que señalar que siguen existiendo problemas que sólo pueden ser resueltos en la medida en que se produzca una generalización de la contabilidad analítica en los Servicios Autonómicos de Salud –y no sólo en los hospitales–, que incorpore criterios comunes de clasificación por funciones y modos de producción de la asistencia. El seguimiento de estas pautas comunes es absolutamente necesario para mejorar la información económica del SNS, y para permitir comparaciones homogéneas entre CC.AA. y en el ámbito internacional.

Desde una perspectiva más amplia que la que corresponde al análisis del gasto, las lagunas encontradas por el presente Grupo de Trabajo coinciden con las que ha detectado el Ministerio de Sanidad y Consumo para el conjunto del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SI-SNS). Sobre la base de este análisis, el Ministerio ha elaborado una propuesta de reorientación y consolidación del SI-SNS que va a ser trasladada próximamente al Consejo Interterritorial, con el fin de iniciar su abordaje en el segundo semestre de 2005.

Las principales conclusiones que se derivan de dicho análisis ponen de manifiesto que el SNS cuenta con un repertorio de estadísticas sanitarias que proporcionan numerosos datos relativos al nivel de salud, los recursos sanitarios, la actividad y el gasto. Sin embargo, el sistema de información existente es fragmentario e incompleto para la toma de ciertas decisiones en materia de planificación, o para establecer determinadas políticas sanitarias. Una de las causas de esta limitación reside en que el actual sistema está orientado como un repertorio de operaciones estadísticas, en su mayoría de carácter descriptivo e independientes entre sí que, si bien proporciona una gran cantidad de datos, ofrece una utilidad limitada para hacer el seguimiento integrado de las metas y objetivos del SNS.

Otro factor limitante es la ausencia o insuficiente desarrollo de sistemas de información estatales sobre algunos planos del sistema sanitario, como son la normalización identificativa y caracterización de la población protegida, la atención primaria, la salud pública o la salud mental, entre otras. En este sentido, es necesario tener muy presente que el nuevo Sistema de Información Sanitaria deberá incorporar datos procedentes de sistemas de información de carácter temático o específico ya existentes en las Comunidades Autónomas y otros agentes del Sistema Nacional de Salud. Dichos sistemas han ido creciendo con diferentes velocidades y criterios, por lo que será necesario superar las dificultades existentes para la integración y comparabilidad de los datos.

Es necesario, obviamente, la voluntad y cooperación activa de todos los componentes del SNS para mejorar el sistema de información, acción claramente prioritaria y que supone algo más que la integración y explotación de los datos existentes en la actualidad en el territorio del Estado. El Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud deberá proporcionar información que sea útil para el progreso de las políticas autonómicas de salud, para el fortalecimiento del SNS y para ayudar a los dirigentes del sistema a tomar decisiones ajustadas a la situación sanitaria, todo ello con la orientación última de mejorar la salud de la población.

Por todo ello, el Sistema Nacional de Salud debe avanzar en la fijación de medios y sistemas de relación que pongan a disposición de todos los niveles la información necesaria para conocer el grado de consecución de los objetivos del mismo y, de este modo, posibilitar el análisis permanente de situación y facilitar las decisiones de las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias. Dichos sistemas deben configurarse bajo los principios de consenso, cooperación y flexibilidad.

CONTENIDO DEL INFORME:

El informe realizado se desarrolla en los siguientes apartados:

- 1) En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo del gasto consolidado del sector Comunidades Autónomas desde la doble perspectiva que proporcionan tanto la clasificación económica como la clasificación funcional del gasto. En el primer caso se incluye un estudio específico de las retribuciones medias por profesional para un total de doce categorías profesionales. Asimismo, se incluye una breve descripción de la evolución que han registrado los gastos en prestaciones no incluidas en el catálogo común del SNS.

- 2) En segundo lugar, se realiza un análisis de la evolución y variabilidad del gasto per capita, desagregado en sus distintos componentes. En esta segunda parte del informe se determina el impacto que la evolución demográfica ha tenido en los últimos años en el gasto sanitario público de las Comunidades y Ciudades Autónomas, y se calcula asimismo el gasto por persona protegida equivalente para todas ellas a partir de varios escenarios.
- 3) En tercer lugar, se realiza un estudio más detallado del gasto en atención primaria de salud y atención especializada, a partir de indicadores de recursos y actividad que permiten ayudarnos a explicar la variabilidad del gasto en dichas partidas. Este tercer apartado se completa con un estudio particularizado del gasto en farmacia, tanto hospitalaria como extrahospitalaria.
- 4) En el cuarto apartado del informe se presentan los indicadores de resultados del Sistema Nacional de Salud que han sido seleccionados por el Grupo de Trabajo.
- 5) Finalmente, el quinto apartado expone las propuestas de racionalización del gasto sanitario público que formula la Presidencia del Grupo de Trabajo.

II
DESCRIPCIÓN DEL GASTO SANITARIO

II.1. GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL

El gasto sanitario público en España, en el año 2003, se estima en 42.626,48 millones de euros. Esto representa un 5,72% del PIB y un 14,45% del gasto de las Administraciones Públicas. Con relación a la Renta Bruta Disponible de los Hogares, en el año 2002 (última estimación disponible), supone un 8,57%.

El ritmo de crecimiento anual de este gasto durante el periodo 1999 a 2003 ha sido, en media, del 8,61%¹, pasando de un crecimiento anual de 8,02% en el año 2000 a 11,31% en el año 2003². En este mismo periodo, el PIB ha crecido en términos medios un 7,13% anual, por debajo del gasto sanitario público, pasando de una tasa de crecimiento de 7,98% en el año 2000 a 6,61 en el año 2003. El PIB ha crecido por debajo del gasto público desde el año 2000, con lo que desde entonces el gasto sanitario público ha ganado peso sobre dicho agregado.

La dinámica del gasto ha sido diferente en las distintas Administraciones Públicas (sectores de gasto). Las Comunidades y Ciudades Autónomas, que ejecutan el 92% del gasto sanitario público, son las que marcan la evolución global del sistema. En el periodo de estudio, la evolución del gasto de las Comunidades y Ciudades Autónomas³ ha registrado unas tasas de crecimiento anual entre el 7,08% y el 11,54%. En términos medios, la tasa anual del periodo ha sido del 8,94%.

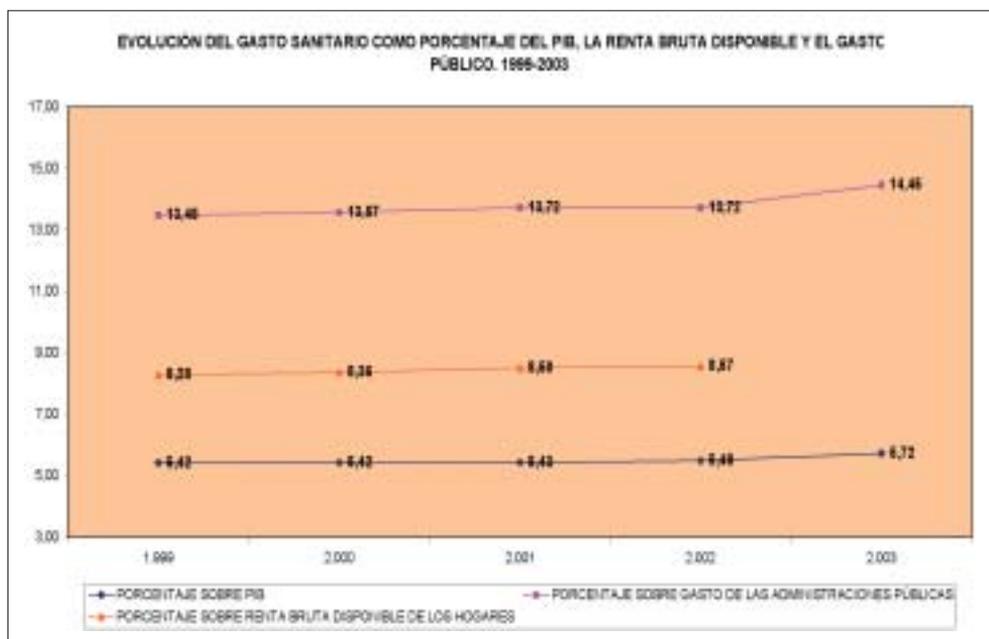
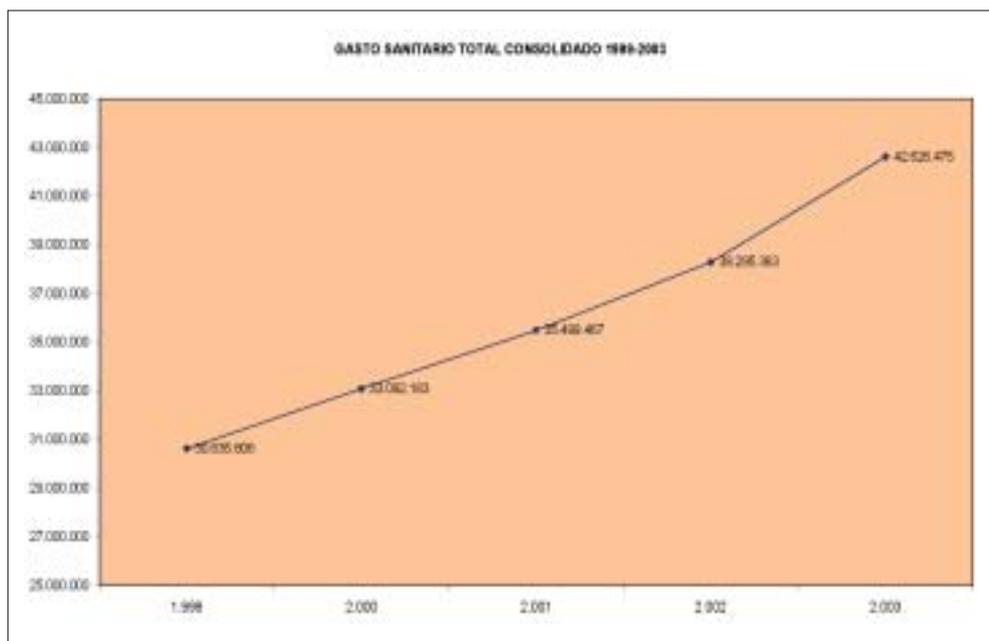
El resto de sectores de gasto, que absorben el 8% del mismo, y salvo las Mutualidades de Funcionarios, presentan unas tasas de crecimiento cuyo comportamiento cabría etiquetar de más irregular. Cabe, también, mencionar el caso de la atención sanitaria gestionada por la Seguridad Social⁴, por sus altas tasas de crecimiento en los años 2000 y 2001, así como la de la Administración Central en 2003.

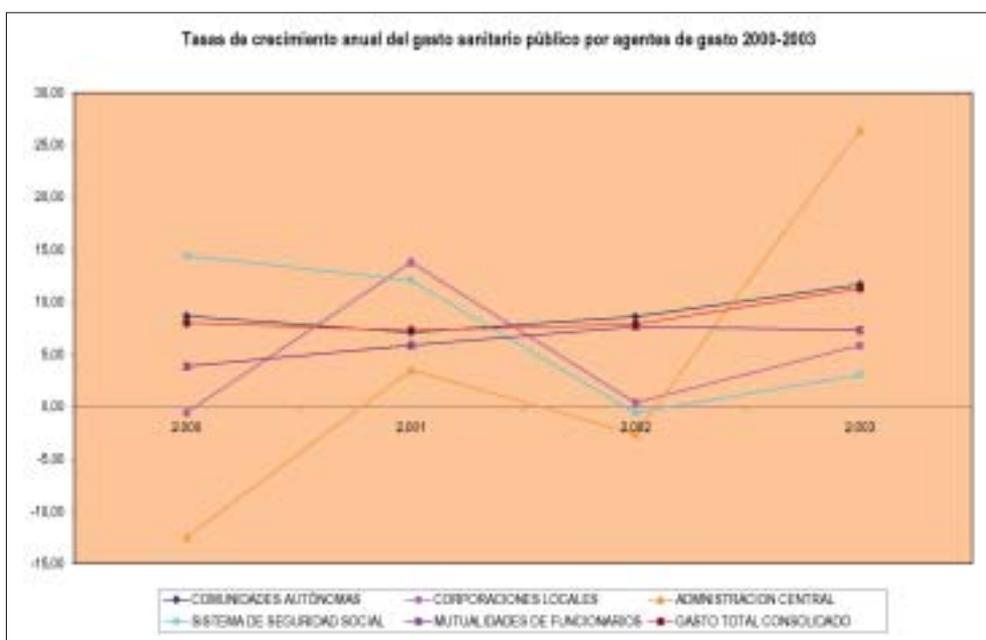
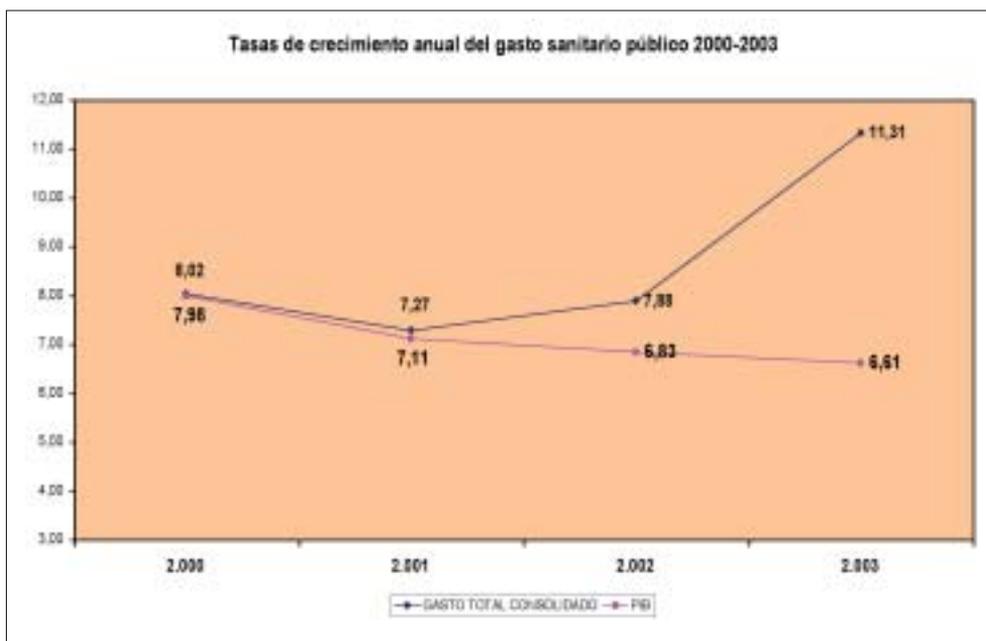
¹ La fórmula de la tasa anual media de crecimiento de la variable V entre los años t y t+n se expresa del siguiente modo: $TAM = \left(\frac{V_{t+n}}{V_t} \right) \times 100 - 100$, y representa la tasa anual uniforme a la que hubiese tenido que crecer V_t entre los años t y t+n para llegar al año t+n con el valor V_{t+n} .

² Este crecimiento, considerablemente superior al del resto de años del periodo, recoge el efecto de la periodificación de la deuda ya que, en algunas de las comunidades que asumieron las transferencias sanitarias en enero de 2002, ésta no se cuantificó para el año 2002 y ha quedado reflejada en 2003. No obstante, la deuda acumulada a finales de 2003 de dichas comunidades representaba el 16% del total. Cabe suponer que dicho efecto sea pequeño.

³ Su aportación al gasto consolidado del sistema.

⁴ Sin INGESA, que se ha territorializado en Ceuta y Melilla, excepto los servicios centrales y el Centro de Dosimetría.





GASTO TERRITORIAL CONSOLIDADO. EVOLUCIÓN 1999-2003

	Miles de Euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
APORTACIÓN AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO					
GASTO TERRITORIAL	27.900.638	30.249.402	32.434.809	35.152.051	39.204.428
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	27.246.977	29.599.504	31.695.305	34.409.698	38.418.510
CORPORACIONES LOCALES	653.661	649.898	739.503	742.353	785.917
GASTO NO TERRITORIAL	2.734.969	2.842.781	3.064.659	3.143.312	3.422.047
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	595.783	521.470	539.854	525.810	664.828
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	946.203	1.082.567	1.213.465	1.206.367	1.243.222
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS	1.192.982	1.238.744	1.311.341	1.411.135	1.513.997
GASTO TOTAL CONSOLIDADO	30.635.606	33.092.183	35.499.467	38.295.363	42.626.475
PORCENTAJE SOBRE PIB	5,42	5,42	5,43	5,48	5,72
PORCENTAJE SOBRE GASTO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS	13,48	13,57	13,72	13,72	14,45
PORCENTAJE SOBRE RENTA BRUTA DISPONIBLE DE LOS HOGARES	8,28	8,36	8,50	8,57	--

GASTO TERRITORIAL CONSOLIDADO. EVOLUCIÓN 1999-2003

	Porcentaje sobre el total				
	1999	2000	2001	2002	2003
APORTACIÓN AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO					
GASTO TERRITORIAL	91,07	91,41	91,37	91,79	91,97
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	88,94	89,45	89,28	89,85	90,13
CORPORACIONES LOCALES	2,13	1,96	2,08	1,94	1,84
GASTO NO TERRITORIAL	8,93	8,59	8,63	8,21	8,03
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	1,94	1,58	1,52	1,37	1,56
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	3,09	3,27	3,42	3,15	2,92
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS	3,89	3,74	3,69	3,68	3,55
GASTO TOTAL CONSOLIDADO	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 1999/2001	TAM 1999/2002	TAM 1999/2003
APORTACIÓN AL GASTO TOTAL CONSOLIDADO							
GASTO TERRITORIAL	8,42	7,22	8,38	11,53	8,88	8,01	7,82
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	8,63	7,08	8,56	11,65	8,97	8,09	7,85
CORPORACIONES LOCALES	-0,58	13,79	0,39	5,87	4,71	4,33	6,36
GASTO NO TERRITORIAL	3,94	7,80	2,57	8,87	5,76	4,75	5,86
ADMINISTRACIÓN CENTRAL	-12,47	3,53	-2,60	26,44	2,78	-4,08	-4,81
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	14,41	12,09	-0,58	3,05	7,06	8,43	13,25
MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS	3,84	5,86	7,61	7,29	6,14	5,76	4,84
GASTO TOTAL CONSOLIDADO	8,02	7,27	7,88	11,31	8,61	7,72	7,65

II.2. GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS⁵

II.2.1. Gasto sanitario público y su delimitación

Este documento se centra en el análisis del gasto consolidado del sector Comunidades Autónomas, que incluye las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (a las que se les ha asignado el gasto de INGESA, excepto servicios centrales y el Centro de Dosimetría). La distribución territorial del gasto es homogénea en todo el periodo habiéndose armonizado los datos de 1999 a 2001 con los de los años 2002 y 2003, es decir, de acuerdo con la situación de descentralización del sistema alcanzada en 2002. Este gasto está compuesto por la aportación de las Comunidades y Ciudades Autónomas al gasto total consolidado más las transferencias que realizan a otros sectores.

Las cifras de gasto sanitario público del sector Comunidades Autónomas que se utilizan en este documento provienen de la Estadística de Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad y Consumo completada con información adicional proporcionada por las Comunidades Autónomas para estimar el gasto real. Estas cifras han sido elaboradas por la Subdirección de Análisis Económico y Fondo de Cohesión (Dirección General de Cohesión y Alta Inspección) del Ministerio de Sanidad y Consumo. El gasto real para cada año se calcula como: liquidación del ejercicio menos deudas a 31 de diciembre del anterior más deudas a 31 de diciembre del corriente. Además, para homogeneizar las variables que se analizan y permitir la comparación entre comunidades se han distribuido los conciertos en Cataluña y se han quitado del total de gasto las amortizaciones y los gastos financieros, debido al distinto tratamiento contable que registran en las diferentes comunidades.

El análisis se realiza teniendo en cuenta el gasto efectivamente realizado en cada uno de los ejercicios, independientemente de que el gasto figure o no en los registros contables utilizados por cada una de las unidades gestoras del gasto sanitario. En este sentido, las deudas pendientes de contabilizar⁶ a finales del ejercicio de 2003 se elevan a 6.036 millones de euros, de los cuales en 2003 se han generado 1.680 millones, 597 millones en 2002, 439 millones en 2001, 463 millones en 2000, 68 millones en 1999 y el resto, 2.793 millones, en ejercicios anteriores. Las Comunidades Autónomas que mayor gasto no contabilizado tienen a finales de 2003 y que, en conjunto, absorben el 80% del total, son Cataluña (2.176 millones), Andalucía (1.558 millones) y Comunidad Valenciana (1.112 millones).

⁵ Las discrepancias en las cifras de gasto sanitario público de las CC.AA. que no han podido ser conciliadas, se adjuntan en un anexo al final del estudio descriptivo del gasto.

⁶ Las deudas hacen, pues, referencia a gastos devengados no contabilizados en el ejercicio que corresponda.

Por su parte, las Comunidades Autónomas que registran una mayor proporción de deudas pendientes en relación con su gasto total para el año 2003 son, por orden, Canarias (cuyo volumen de deuda representa el 7,5% del total de gasto devengado en dicho ejercicio), Comunidad Valenciana (7,3%), Baleares y Cataluña (6,5%), y Castilla y León (6,3%), siendo el porcentaje correspondiente al conjunto de Comunidades y Ciudades Autónomas el 4,3%.

DEUDAS PENDIENTES DE SANIDAD	Deuda acumulada a fin de ejercicio					
	En miles de euros	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1.086.077	975.389	1.178.710	1.303.220	1.357.858	1.558.273
Aragón	0	0	0	0	0	43.399
Asturias	0	0	0	35.211	66.606	128.979
Baleares	678	2.334	4.233	2.380	42.408	96.368
Canarias	28.145	58.924	45.734	53.594	48.625	184.937
Cantabria	0	0	0	20.748	19.110	33.271
Castilla y León	0	0	0	0	0	150.408
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	0	71.119
Cataluña	1.234.950	1.341.047	1.444.787	1.530.882	1.769.734	2.175.896
Comunidad Valenciana	344.934	337.292	469.777	643.691	817.696	1.111.632
Extremadura	0	0	0	0	14.400	40.311
Galicia	62.832	102.318	128.396	168.220	93.811	218.061
Madrid	0	0	0	0	125.038	223.579
Murcia	0	0	0	0	0	0
Navarra	0	0	0	0	0	0
País Vasco	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2.757.616	2.817.304	3.271.637	3.757.946	4.355.286	6.036.233

Nota: La deuda acumulada de la CA de Andalucía incluye 790,8 millones de euros procedentes de ejercicios anteriores a 1999. Este importe corresponde a la deuda con la Seguridad Social, sujeta a moratoria, y a la operación de saneamiento contemplada en la Ley 11/99 de la CA. No afecta, por tanto, al análisis de evolución del gasto sanitario en el periodo analizado.

DEUDAS PENDIENTES DE SANIDAD. VARIACIÓN ANUAL**Deuda contraída (o saldada, si el signo es -) en cada ejercicio**

Miles de euros	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	-110.688	203.321	124.510	54.638	200.415
Aragón	-	-	-	-	43.399
Asturias	7.975	8.641	9.100	31.395	62.373
Baleares	1.656	1.899	-1.853	40.028	53.960
Canarias	30.778	-13.190	7.860	-4.976	135.206
Cantabria	-	-	-	-1.638	14.162
Castilla y León	-	-	-	-	150.410
Castilla-La Mancha	-	-	-	-	71.119
Cataluña	106.097	103.740	86.095	238.852	406.162
Comunidad Valenciana	-7.642	132.485	173.914	174.006	293.936
Extremadura	-	-	-	14.400	25.911
Galicia	39.486	26.078	39.824	-74.409	124.250
Madrid	-	-	-	125.038	98.541
Murcia	-	-	-	-	-
Navarra	-	-	-	-	-
País Vasco	-	-	-	-	-
La Rioja	-	-	-	-	-
TOTAL	67.663	462.974	439.450	597.340	1.680.947

En dos casos particulares, no se aplica en todos los ejercicios la fórmula usual de cálculo de la deuda anual a partir de la acumulada. En Asturias y Cantabria, la deuda señalada por esas comunidades a 31 de diciembre de 2001, proveniente del sistema de información de INSALUD, sólo se ha utilizado para determinar la deuda de 2002. En 2001 se ha contabilizado la resultante de los listados de INSALUD que ya estaba incluida en la territorialización del gasto de esta entidad realizada en el marco de la EGSP.

En el caso de Asturias, además, se ha incluido en el cuadro para los años 1999 a 2001 los fondos de INSALUD que se destinaban a la financiación del Hospital Grande Covián que habían sido indebidamente consolidados con el gasto de la Comunidad en los cálculos para la EGSP. No se trata, pues, de una deuda en sentido estricto, sino de una corrección de errores de cálculo anteriores.

En términos de PIB y Renta Bruta Disponible el impacto de las deudas incorporadas al gasto sanitario público se refleja en el siguiente cuadro y gráficos.

Gasto Sanitario Público incorporando las deudas presentadas por las CCAA al Grupo de Trabajo IGAE

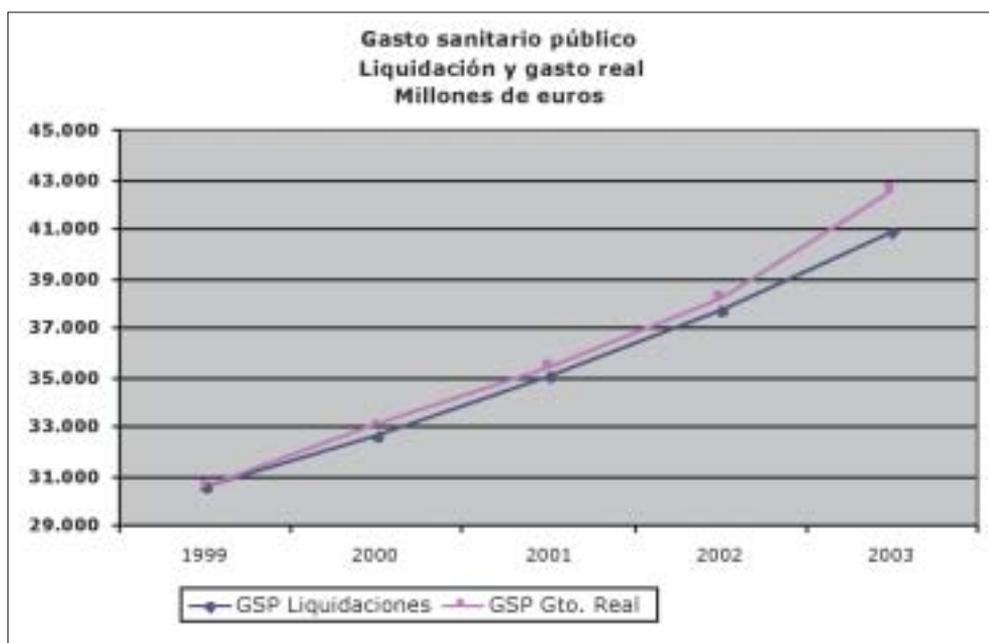
		1999	2000	2001	2002	2003
Millones de euros	PIB	565.419	610.541	653.927	698.589	744.754
	Renta Disponible	480.548	520.517	553.576	591.244	624.812
	GSP Liquidaciones	30.568	32.629	35.060	37.698	40.948
	GSP Gto. Real	30.636	33.092	35.499	38.295	42.626
% s/ PIB	GSP Liquidaciones	5,41	5,34	5,36	5,40	5,50
	GSP Gto. Real	5,42	5,42	5,43	5,48	5,72
% s/ Renta disponible	GSP Liquidaciones	6,36	6,27	6,33	6,38	6,55
	GSP Gto. Real	6,38	6,36	6,41	6,48	6,82

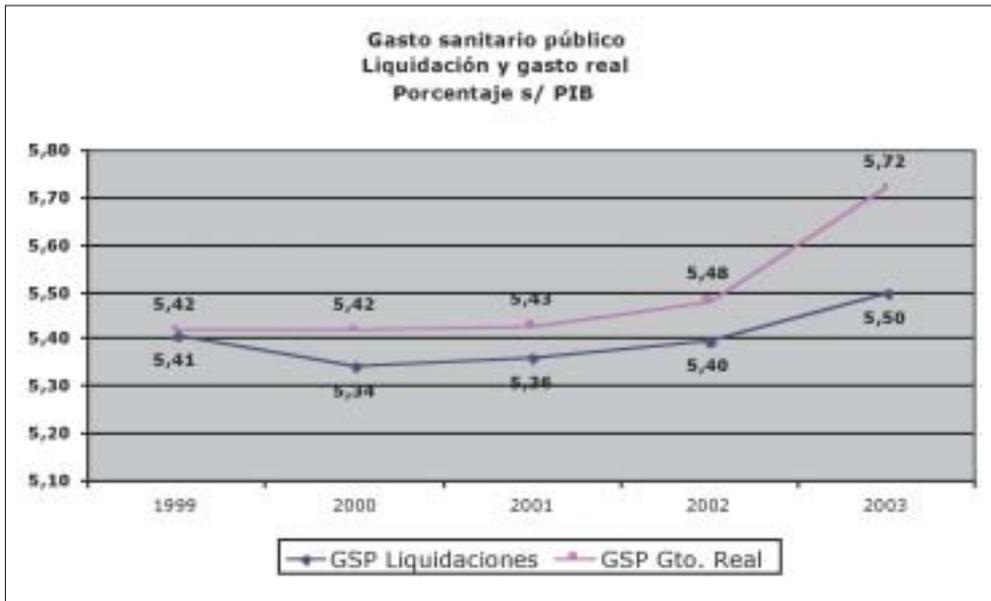
Los datos de 2003 son un avance, ya que se han estimado algunos gastos:

Corporaciones Locales: Se han incorporado, en la serie de gasto real, los datos recién salidos de la liquidación de 2002 de la DG de Financiación Territorial.

Administración Central: Datos estimados de sanidad penitenciaria.

CCAA: Datos estimados para Ceuta y la Fundación Marques de Valdecilla de Cantabria.





Por otra parte, es preciso señalar que el gasto sanitario real que se contempla en este análisis corresponde a todas las prestaciones que proporcionan las comunidades, independientemente de que estén o no incluidas en el catálogo de prestaciones del SNS definido por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

Por ello, se ha realizado el esfuerzo de delimitar qué gasto corresponde a prestaciones cubiertas por el catálogo y las que no, aunque el análisis detallado se refiere al gasto en su conjunto ya que no es posible detraer el correspondiente a prestaciones no cubiertas para cada uno de los componentes que contemplan las clasificaciones económica y funcional del gasto. Entendemos, no obstante, que ello no afecta a los resultados, dado el escaso peso del gasto en prestaciones fuera de catálogo: un 0,11% en 2003.

GASTO EN PRESTACIONES NO CONTEMPLADAS EN EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SNS (RD 63/95)⁷

Euros	1999	2000	2001	2002	2003
Total	41.372.557	39.713.851	41.341.617	41.071.866	43.578.094
Andalucía	18.622.450	16.662.132	17.299.279	17.391.674	18.464.030
Aragón					
Asturias (Principado de)				2.709	7.643
Baleares (Islas)					144.646
Canarias					
Cantabria					
Castilla y León					
Castilla - La Mancha					
Cataluña	17.262.140	17.729.720	18.038.720	17.451.020	16.866.830
Comunidad Valenciana					
Extremadura					450.000
Galicia					
Madrid (Comunidad de)					
Murcia (Región de)					612.500
Navarra (Comunidad Foral de)	2.171.967	2.174.999	2.431.618	2.597.463	3.028.445
País Vasco	3.316.000	3.147.000	3.572.000	3.629.000	4.004.000
Rioja (La)					
Ceuta					
Melilla					

GASTO EN PRESTACIONES NO CONTEMPLADAS EN EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES DEL SNS (RD 63/95)

Porcentaje sobre total de gasto en todas las prestaciones	1999	2000	2001	2002	2003
Total	0,15	0,13	0,13	0,12	0,11
Andalucía	0,40	0,32	0,32	0,30	0,29
Aragón					
Asturias (Principado de)				0,0003	0,0007
Baleares (Islas)					0,02
Canarias					
Cantabria					
Castilla y León					
Castilla - La Mancha					
Cataluña	0,40	0,38	0,36	0,32	0,27
Comunidad Valenciana					
Extremadura					0,04
Galicia					
Madrid (Comunidad de)					
Murcia (Región de)					0,05
Navarra (Comunidad Foral de)	0,47	0,44	0,47	0,46	0,49
País Vasco	0,20	0,18	0,19	0,18	0,19
Rioja (La)					
Ceuta					
Melilla					

⁷ Los datos de Andalucía que aparecían sin distribuir entre el período 1999-2003 han sido repartidos homogéneamente a lo largo de todos los años del estudio.

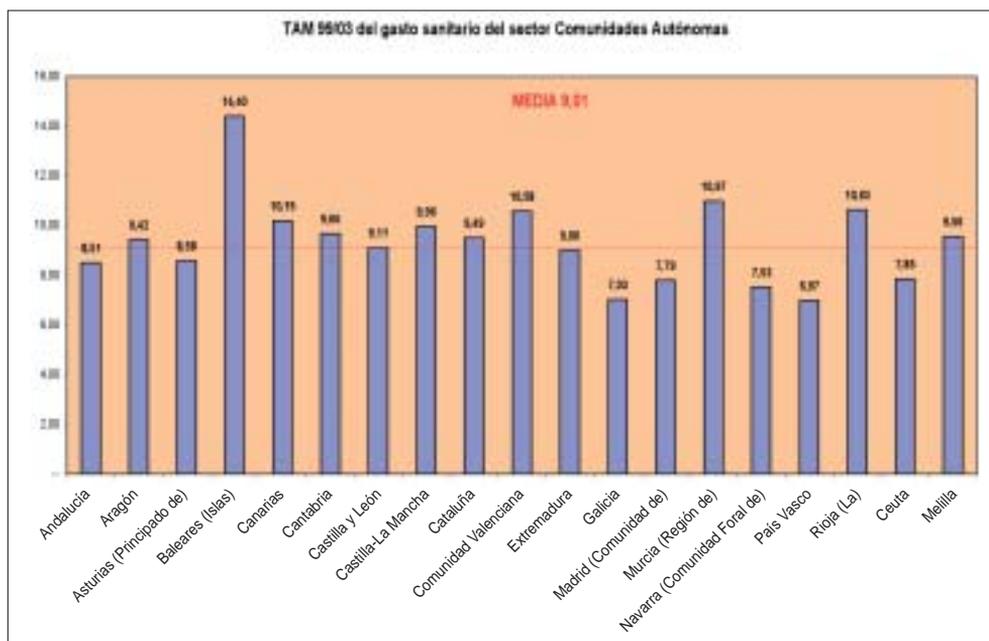
II.2.2. Gasto sanitario público y su evolución

Se observa que, en el periodo de 1999 a 2003, el gasto sanitario consolidado del sector Comunidades Autónomas pasa de 27.372,22 millones de euros a 38.648,62. Con un ritmo de crecimiento medio anual del 9,01%. Es decir, en cuatro años se ha incrementado en 11.276,40 millones de euros.

Hay que señalar que en el año 2000 el crecimiento del gasto fue de 8,55%, y en el año 2003 de 11,57%, crecimientos superiores al resto de años anteriores. Así, parece que, tras el año en que se inicia el actual modelo de financiación, las Comunidades y Ciudades Autónomas, habiendo asumido ya todas ellas, también desde 2002, las competencias sanitarias, realizan en su conjunto un importante incremento del gasto sanitario público.

La evolución del gasto consolidado del sector durante el periodo 1999 a 2003, en términos de tasa anual media, registra crecimientos por comunidades que oscilan entre el 6,97% y el 14,40%. Con una tasa media, como se ha señalado, de 9,01%.

Las Comunidades y Ciudades Autónomas que han crecido por encima de la media son: Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla la Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, La Rioja y Melilla. Por debajo, han crecido la Andalucía, Asturias, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y Ceuta. Extremadura crece como la media.



GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES. EVOLUCIÓN 1999-2003

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	4.644.103	5.255.458	5.480.628	5.860.925	6.438.641
Aragón	859.334	915.031	1.007.195	1.086.761	1.231.802
Asturias (Principado de)	793.673	842.471	906.402	982.221	1.103.288
Baleares (Islas)	481.890	514.904	568.951	702.962	825.494
Canarias	1.223.518	1.336.046	1.422.205	1.595.904	1.803.580
Cantabria	390.817	423.790	474.405	526.587	565.161
Castilla y León	1.682.189	1.816.617	1.937.237	2.072.180	2.384.082
Castilla-La Mancha	1.102.368	1.184.794	1.287.491	1.484.059	1.611.490
Cataluña	4.347.818	4.723.247	5.048.534	5.498.743	6.249.279
Comunidad Valenciana	2.674.513	2.955.918	3.175.217	3.501.217	3.998.517
Extremadura	728.914	785.622	828.450	971.320	1.028.778
Galicia	1.941.587	2.053.964	2.229.778	2.330.625	2.547.914
Madrid (Comunidad de)	3.411.976	3.589.472	3.899.619	4.155.492	4.606.433
Murcia (Región de)	744.678	820.039	893.942	985.436	1.129.416
Navarra (Comunidad Foral de)	457.859	492.085	518.493	560.960	612.107
País Vasco	1.617.635	1.709.670	1.832.107	1.968.476	2.118.052
Rioja (La)	181.588	198.497	214.077	243.883	272.033
Ceuta	44.530	47.121	49.997	54.985	60.257
Melilla	43.231	49.051	54.461	57.268	62.295
Gasto consolidado del sector CCAA	27.372.222	29.713.798	31.829.188	34.640.003	38.648.620
Crecimiento anual (euros)		2.341.576	2.115.390	2.810.816	4.008.616
Crecimiento anual (%)		8,55	7,12	8,83	11,57

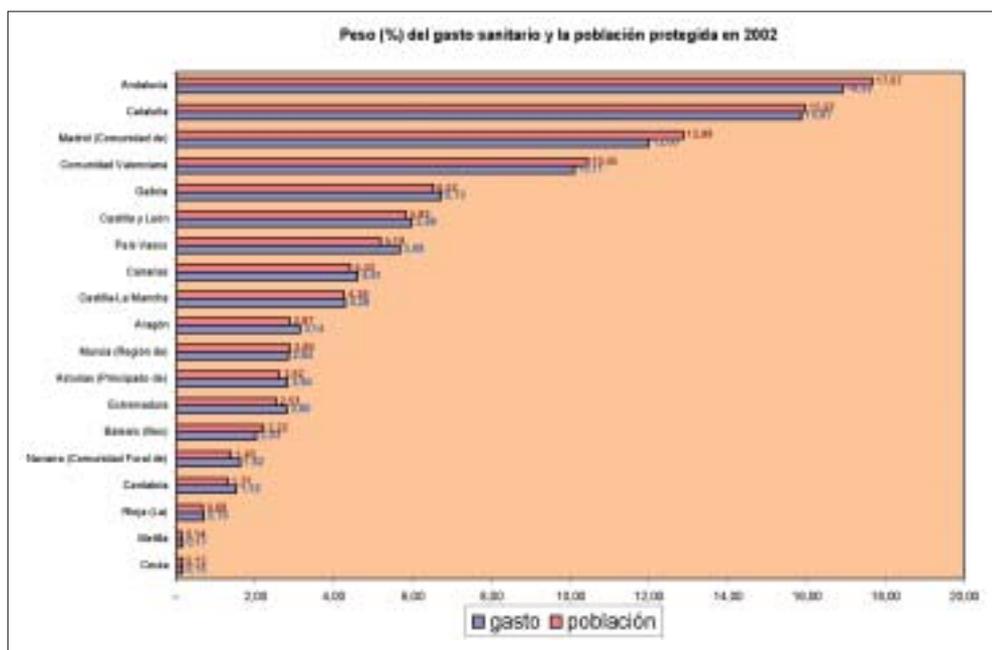
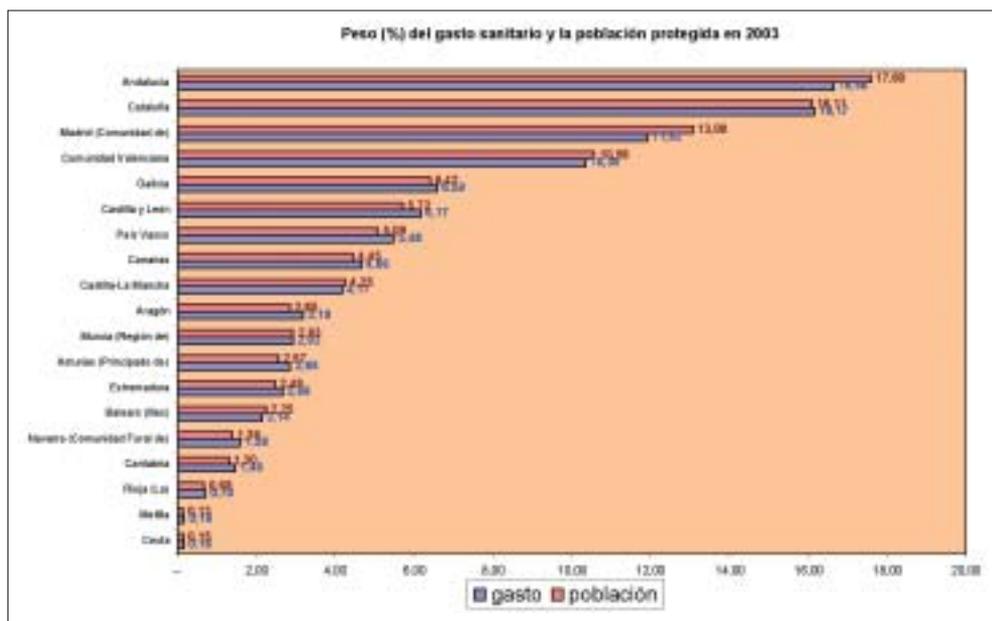
GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EVOLUCIÓN 1999-2003

Comunidades y Ciudades Autónomas	Porcentaje de variación interanual				TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	99/03	99/02	99/01
Andalucía	13,16	4,28	6,94	9,86	8,51	8,07	8,63
Aragón	6,48	10,07	7,90	13,35	9,42	8,14	8,26
Asturias (Principado de)	6,15	7,59	8,36	12,33	8,58	7,36	6,87
Baleares (Islas)	6,85	10,50	23,55	17,43	14,40	13,41	8,66
Canarias	9,20	6,45	12,21	13,01	10,19	9,26	7,81
Cantabria	8,44	11,94	11,00	7,33	9,66	10,45	10,18
Castilla y León	7,99	6,64	6,97	15,05	9,11	7,20	7,31
Castilla-La Mancha	7,48	8,67	15,27	8,59	9,96	10,42	8,07
Cataluña	8,63	6,89	8,92	13,65	9,49	8,14	7,76
Comunidad Valenciana	10,52	7,42	10,27	14,20	10,58	9,39	8,96
Extremadura	7,78	5,45	17,25	5,92	9,00	10,04	6,61
Galicia	5,79	8,56	4,52	9,32	7,03	6,28	7,16
Madrid (Comunidad de)	5,20	8,64	6,56	10,85	7,79	6,79	6,91
Murcia (Región de)	10,12	9,01	10,23	14,61	10,97	9,79	9,56
Navarra (Comunidad Foral de)	7,48	5,37	8,19	9,12	7,53	7,00	6,42
País Vasco	5,69	7,16	7,44	7,60	6,97	6,76	6,42
Rioja (La)	9,31	7,85	13,92	11,54	10,63	10,33	8,58
Ceuta	5,82	6,10	9,98	9,59	7,85	7,28	5,96
Melilla	13,46	11,03	5,15	8,78	9,56	9,83	12,24
Gasto consolidado del sector CCAA	8,55	7,12	8,83	11,57	9,01	8,17	7,83

II.2.3. Distribución por Comunidades Autónomas

En el año 2003, la proporción del gasto total del sector que corresponde a cada Comunidad Autónoma oscila entre el 0,16% de Ceuta y el 16,66% de Andalucía.

En dicho año, Andalucía, que cuenta con el 17,60% de la población protegida, ejecuta el 16,66% del gasto; seguida de Cataluña que, con un 16,11% de población protegida, ejecuta el 16,17% del gasto y de Madrid, que ejecuta el 11,92% con una población protegida del 13,08%. Las diferencias en las proporciones referidas a gasto y población en cada comunidad están explicadas, en parte, por las diferentes estructuras poblacionales, como se verá más adelante cuando se analice la población protegida y la población protegida equivalente.



Nota: la población protegida se ha calculado de acuerdo con los criterios utilizados en el actual modelo de financiación. Es decir, población del Padrón Municipal (INE) menos colectivos del Mutualismo Administrativo acogidos a una Entidad de Seguro Sanitario Privado. Estos últimos datos son los proporcionados por MUFACE, MUGEJU e ISFAS al Ministerio de Sanidad y Consumo.

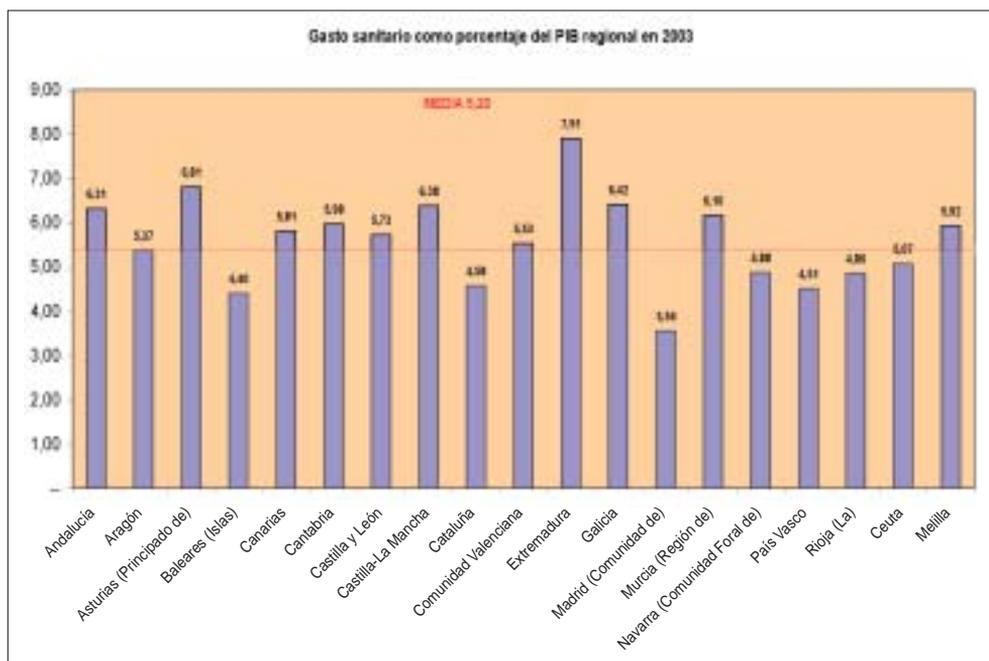
**GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR. EVOLUCIÓN 1999-2003
COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Distribución del gasto por Comunidades Autónomas (% sobre total de gasto)					
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	16,97	17,69	17,22	16,92	16,66
Aragón	3,14	3,08	3,16	3,14	3,19
Asturias (Principado de)	2,90	2,84	2,85	2,84	2,85
Baleares (Islas)	1,76	1,73	1,79	2,03	2,14
Canarias	4,47	4,50	4,47	4,61	4,67
Cantabria	1,43	1,43	1,49	1,52	1,46
Castilla y León	6,15	6,11	6,09	5,98	6,17
Castilla-La Mancha	4,03	3,99	4,04	4,28	4,17
Cataluña	15,88	15,90	15,86	15,87	16,17
Comunidad Valenciana	9,77	9,95	9,98	10,11	10,35
Extremadura	2,66	2,64	2,60	2,80	2,66
Galicia	7,09	6,91	7,01	6,73	6,59
Madrid (Comunidad de)	12,47	12,08	12,25	12,00	11,92
Murcia (Región de)	2,72	2,76	2,81	2,84	2,92
Navarra (Comunidad Foral de)	1,67	1,66	1,63	1,62	1,58
País Vasco	5,91	5,75	5,76	5,68	5,48
Rioja (La)	0,66	0,67	0,67	0,70	0,70
Ceuta	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16
Melilla	0,16	0,17	0,17	0,17	0,16
Gasto consolidado del sector CCAA	100	100	100	100	100

II.2.4. Gasto sanitario como porcentaje del PIB regional

Con relación al PIB, el gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas representa un 5,19% en el año 2003.

La comunidad con mayor porcentaje presenta un 7,91% y la que registra el menor un 3,56%. Se sitúan por encima de la media Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia y Melilla. Por debajo de la media se encuentran, Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco, Rioja y Ceuta.



GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EVOLUCIÓN % PIB 1999-2003

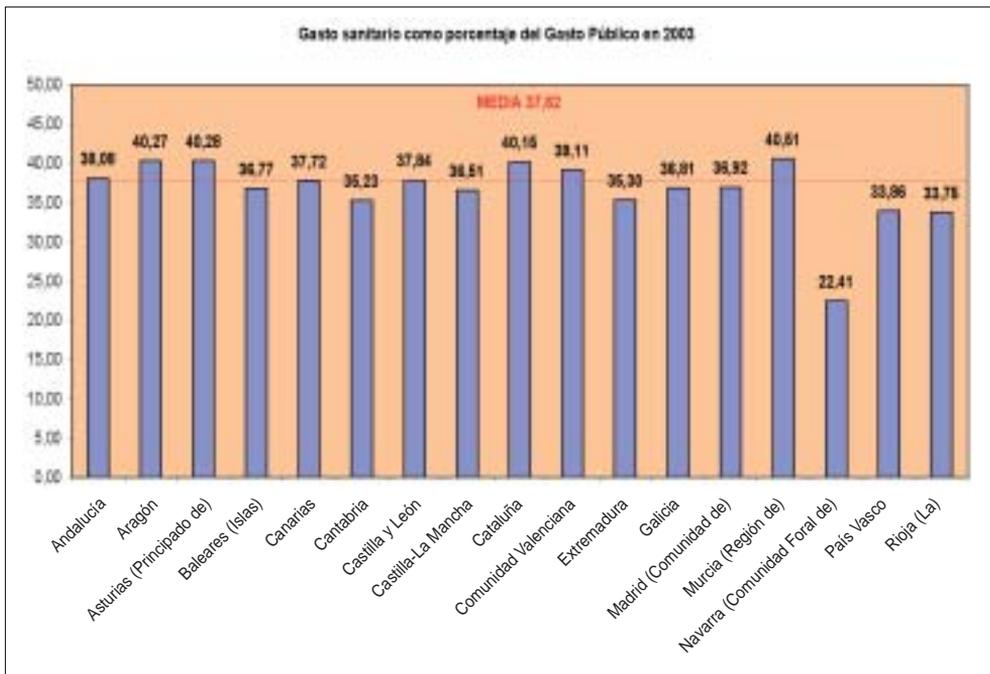
	Porcentaje				
Comunidades y Ciudades Autónomas	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	6,17	6,40	6,23	6,17	6,31
Aragón	4,87	4,83	5,01	5,03	5,37
Asturias (Principado de)	6,24	6,13	6,21	6,38	6,81
Baleares (Islas)	3,45	3,38	3,47	3,98	4,40
Canarias	5,34	5,45	5,35	5,54	5,81
Cantabria	5,52	5,49	5,69	5,93	5,98
Castilla y León	5,17	5,23	5,25	5,27	5,73
Castilla-La Mancha	5,61	5,62	5,72	6,20	6,38
Cataluña	4,11	4,17	4,19	4,30	4,58
Comunidad Valenciana	4,91	5,00	4,99	5,13	5,53
Extremadura	7,45	7,41	7,43	8,02	7,91
Galicia	6,28	6,24	6,40	6,28	6,42
Madrid (Comunidad de)	3,51	3,41	3,41	3,42	3,56
Murcia (Región de)	5,61	5,60	5,66	5,79	6,16
Navarra (Comunidad Foral de)	4,80	4,76	4,69	4,74	4,88
País Vasco	4,45	4,36	4,40	4,46	4,51
Rioja (La)	4,25	4,27	4,33	4,67	4,86
Ceuta	4,94	4,88	4,79	4,88	5,07
Melilla	5,41	5,73	5,88	5,69	5,92
Gasto consolidado del sector CCAA	4,84	4,87	4,87	4,96	5,19

II.2.5. Gasto sanitario como porcentaje del gasto público

Con relación al gasto público total⁸ en el conjunto de Comunidades Autónomas, el gasto sanitario de las mismas representa un 37,62% en el año 2003.

Este porcentaje oscila entre un 22,41% y un 40,51%. Se sitúan por encima de la media Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia. Por debajo de la media se encuentran Islas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja.

No obstante, la evolución de esta variable no se puede interpretar sin considerar que durante este periodo se estaban produciendo transferencias a las CC.AA., fundamentalmente en materia de educación.



⁸ Empleos no financieros de las Administraciones Públicas.

**GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS
EVOLUCIÓN % GASTO PÚBLICO 1999-2003**

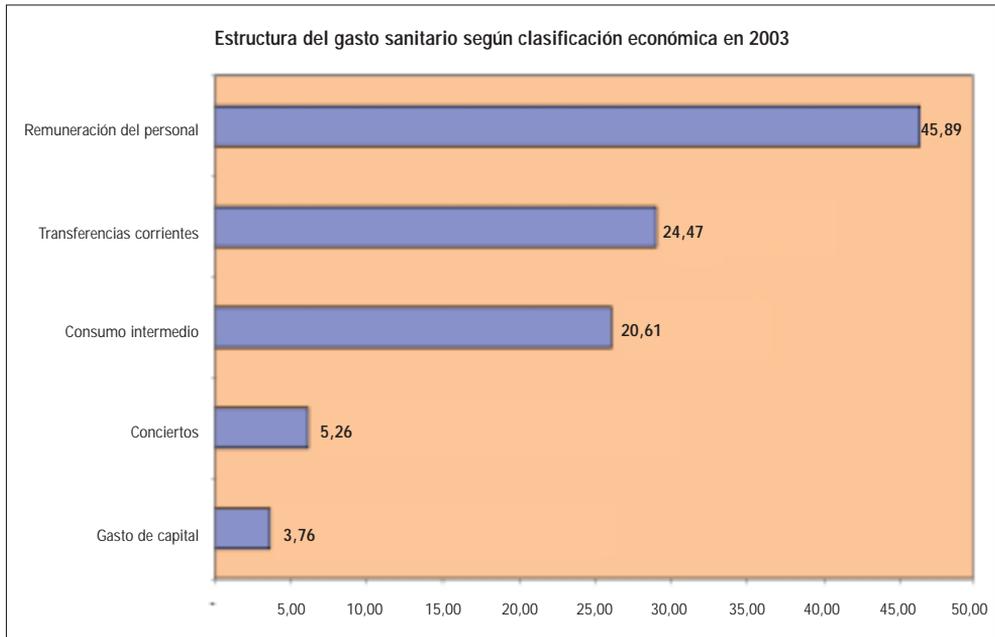
Comunidades y Ciudades Autónomas	Porcentaje				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	37,57	38,72	38,34	37,69	38,08
Aragón	39,47	38,76	39,83	37,57	40,27
Asturias (Principado de)	48,69	39,97	35,31	36,08	40,28
Baleares (Islas)	37,80	36,78	36,64	34,37	36,77
Canarias	34,09	33,53	34,02	34,49	37,72
Cantabria	35,46	35,46	37,62	38,13	35,23
Castilla y León	45,14	35,23	34,16	34,54	37,84
Castilla-La Mancha	48,80	37,66	37,16	35,04	36,51
Cataluña	38,57	38,81	39,04	38,79	40,15
Comunidad Valenciana	36,05	37,02	37,13	37,13	39,11
Extremadura	42,30	35,42	34,45	35,49	35,30
Galicia	34,75	35,83	36,09	35,37	36,81
Madrid (Comunidad de)	43,52	37,65	35,56	33,89	36,92
Murcia (Región de)	44,64	39,03	39,28	39,14	40,51
Navarra (Comunidad Foral de)	18,75	18,60	18,66	21,55	22,41
País Vasco	32,93	33,81	33,58	33,37	33,86
Rioja (La)	34,33	33,36	32,93	33,59	33,75
Gasto consolidado del sector CCAA	38,28	36,70	36,29	35,94	37,62

II.2.6. Clasificación económica

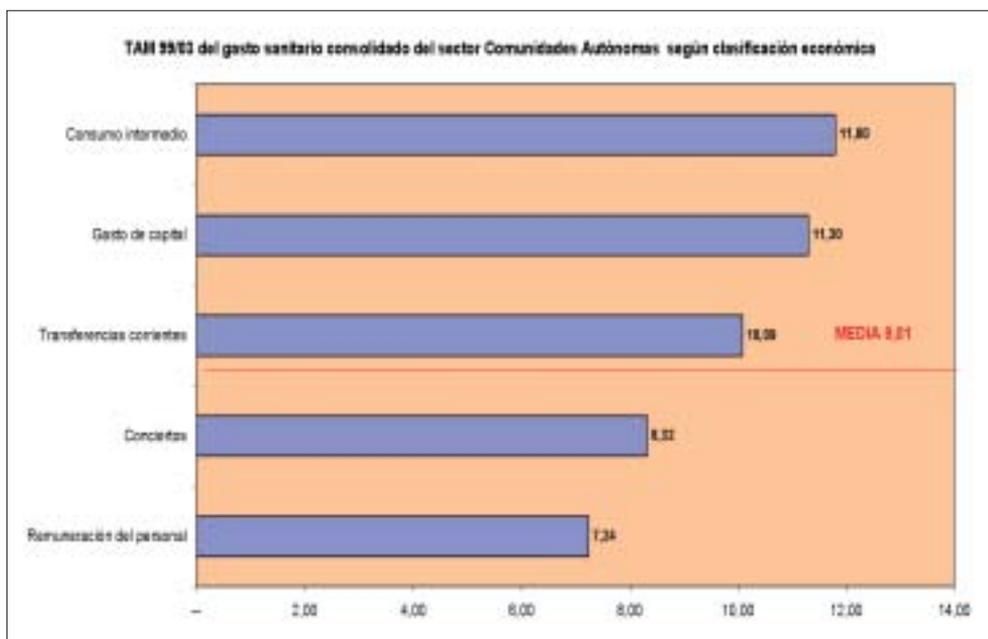
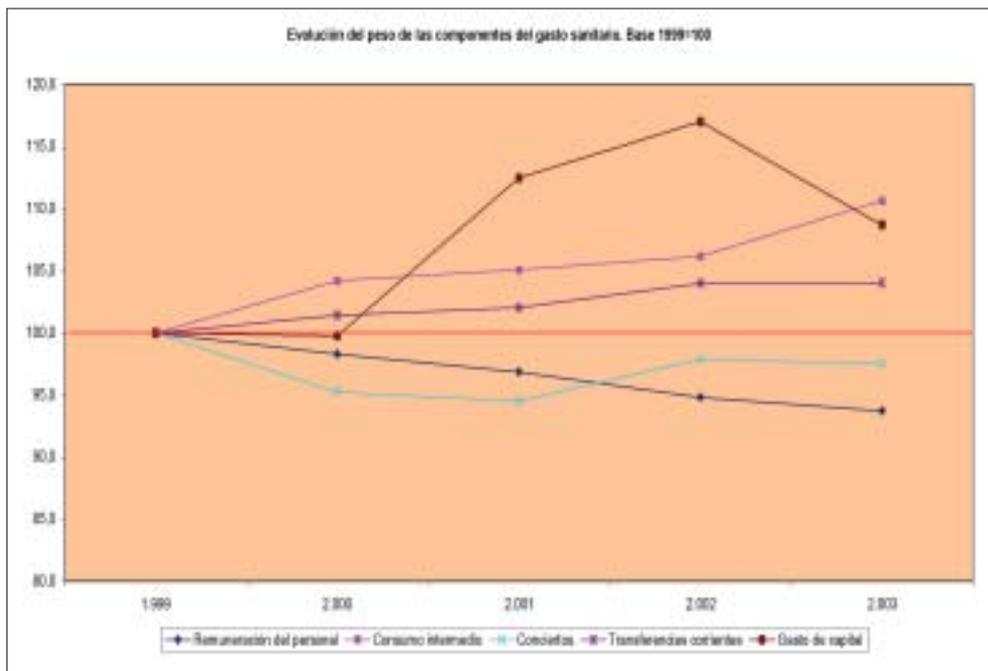
Desde la óptica de la clasificación económica, la componente del gasto sanitario consolidado de las Comunidades y Ciudades Autónomas con mayor peso es la *remuneración del personal*. En 2003, representa un 45,89% del gasto sanitario del sector. Durante los últimos años y hasta el año 2003, esta componente ha ido perdiendo peso en el conjunto del gasto, como consecuencia de haber registrado incrementos anuales menores que los del gasto sanitario del sector. Le sigue en importancia las *transferencias corrientes* (fundamentalmente gasto en recetas médicas) con un 24,47%. Después, el *consumo intermedio* con un 20,61% y los *conciertos*, con un 5,28%. Finalmente, en último lugar, los *gastos de capital* con un 3,76%. El *consumo de capital fijo* tiene una presencia residual. Este componente tiene asociadas grandes dificultades de medida y se ha excluido del análisis⁹.

⁹ Se debe señalar que el gasto en *conciertos* encierra, a su vez, las diferentes componentes económicas, en las que debería ser descompuesto para que la distribución que se acaba de describir se ajuste de forma exacta a dichos conceptos. Por lo que a la estructura global del gasto se refiere, cabe esperar no se vea muy afectada por el reparto de los conciertos, ya que, en media, éstos representan un 5,28% del gasto y oscilan, por comunidades, entre un 2,68% y un 10,10%. Los correspondientes a la Comunidad Autónoma de

Los componentes más dinámicos del gasto sanitario de las Comunidades y Ciudades Autónomas entre 1999 y 2003 han sido el consumo intermedio, los gastos de capital y las transferencias corrientes, que han evolucionado por encima del crecimiento medio del gasto del sector. Por el contrario, la remuneración de asalariados y los conciertos han crecido anualmente por debajo de la media.



Cataluña, donde registraban un peso significativamente mayor si han sido desglosados, quedando como gasto en concierto en esta comunidad el correspondiente a la atención especializada de diagnóstico y el transporte sanitario. El porcentaje que el gasto en conciertos supone realmente en Cataluña es del 37,15% en 2003 y oscila entre el 36% en el año 2000 y el valor correspondiente a 2003. El efecto de la imputación del gasto en conciertos en los distintos componentes de gasto es especialmente significativo para la remuneración de personal y consumos intermedios. En el primer caso, el peso real que este componente representa sobre el total oscila entre 23,42% de 2003 y el 26,39 de 1999. En el segundo caso, los porcentajes oscilan ente el 10,5% de 1999 y el 12,1% de 2003.



CLASIFICACIÓN ECONÓMICO - PRESUPUESTARIA

	Miles de Euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Remuneración del personal	13.408.060	14.303.728	15.098.789	16.083.083	17.735.896
Consumo intermedio	5.097.867	5.766.165	6.228.317	6.848.719	7.964.802
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--
Conciertos	1.481.428	1.531.237	1.627.819	1.835.185	2.039.548
Transferencias corrientes	6.438.942	7.088.334	7.637.217	8.472.231	9.456.724
Gasto de capital	945.926	1.024.334	1.237.045	1.400.785	1.451.650
Gasto consolidado del sector CCAA	27.372.223	29.713.798	31.829.187	34.640.003	38.648.620

ESTRUCTURA	porcentaje sobre el total				
Remuneración del personal	48,98	48,14	47,44	46,43	45,89
Consumo intermedio	18,62	19,41	19,57	19,77	20,61
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--
Conciertos	5,41	5,15	5,11	5,30	5,28
Transferencias corrientes	23,52	23,86	23,99	24,46	24,47
Gasto de capital	3,46	3,45	3,89	4,04	3,76

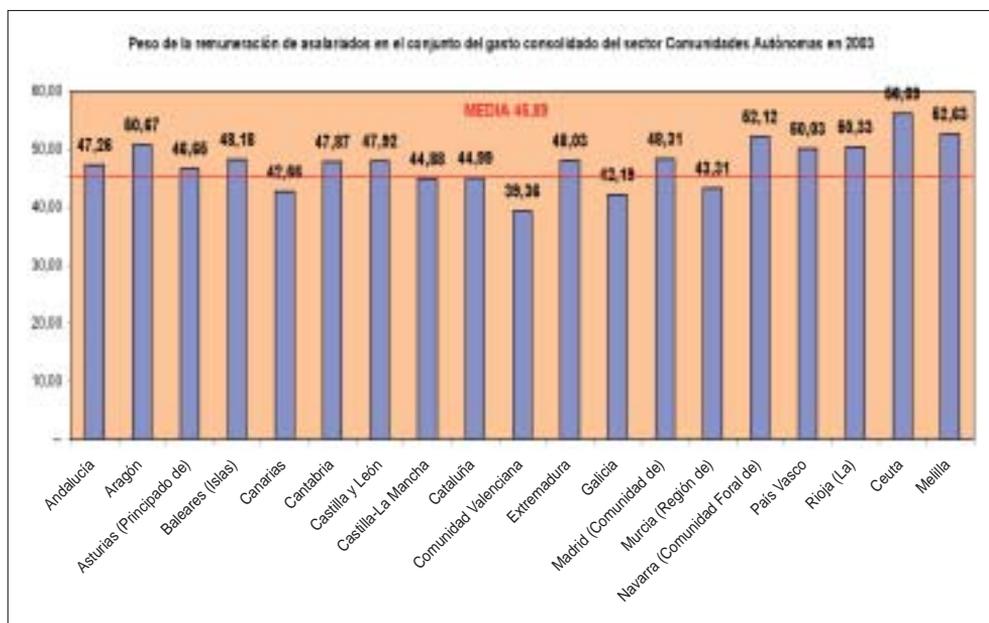
INCREMENTO ANUAL (%)	Porcentaje variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Remuneración del personal	6,68	5,56	6,52	10,28	7,24	6,25	6,12
Consumo intermedio	13,11	8,01	9,96	16,30	11,80	10,34	10,53
Consumo de capital fijo	--	--	--	--	--	--	--
Conciertos	3,36	6,31	12,74	11,14	8,32	7,40	4,82
Transferencias corrientes	10,09	7,74	10,93	11,62	10,09	9,58	8,91
Gasto de capital	8,29	20,77	13,24	3,63	11,30	13,98	14,36
Gasto consolidado del sector CCAA	8,55	7,12	8,83	11,57	9,01	8,17	7,83

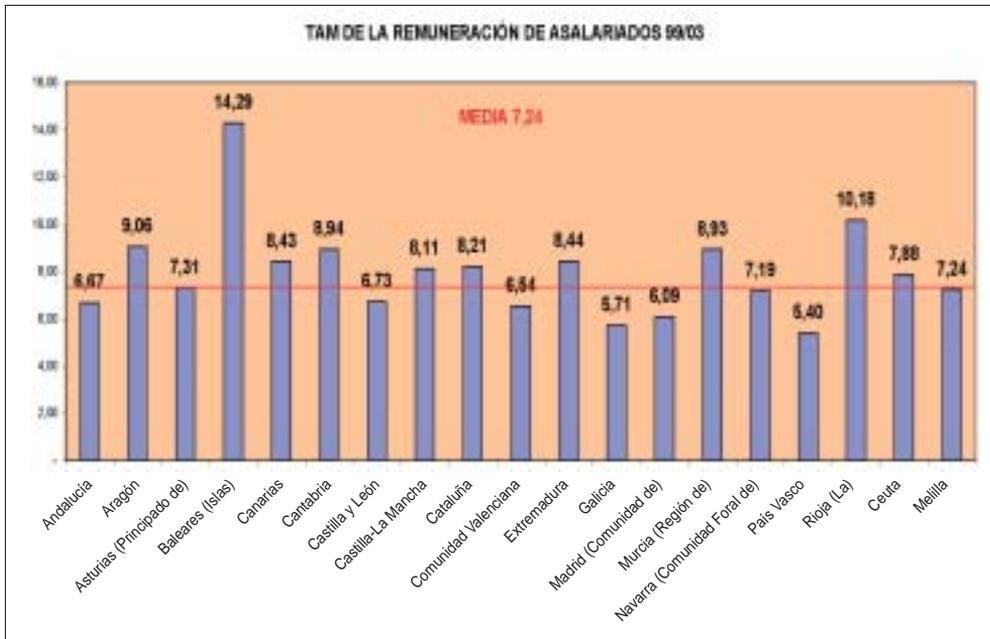
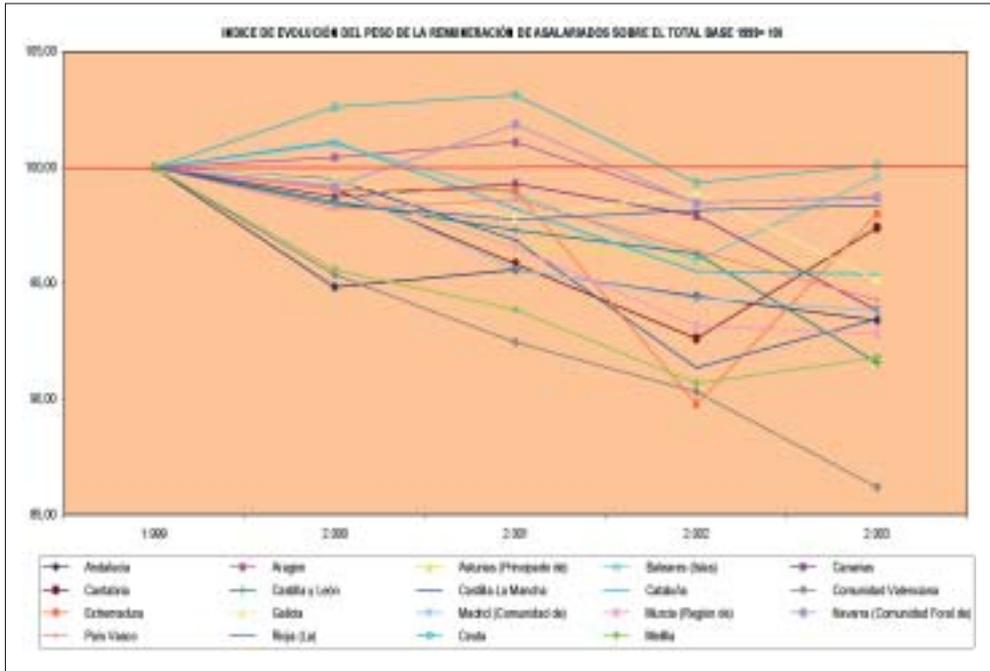
II.2.6.1. *La remuneración del personal*

Como se ha indicado, en 2003 la remuneración del personal representa el 45,89% del gasto consolidado del sector Comunidades y Ciudades Autónomas. Esta proporción en las comunidades oscila entre el 39,36% y 56,09%.

Con carácter general, se detecta entre 1999 y 2003 una pérdida del peso relativo de la remuneración del personal en el conjunto del gasto, consecuencia de un menor ritmo de crecimiento de esta componente.

Durante el periodo de análisis, la remuneración de personal en el conjunto del sector ha crecido en términos medios un 7,24% anual, pasando de un crecimiento anual del 6,68% en el año 2000 a un 10,28% en 2003. Por Comunidades Autónomas, el incremento anual medio entre 1999 y 2003 oscila entre un 5,40% y un 14,29%.





REMUNERACIÓN DEL PERSONAL

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	2.350.254	2.522.424	2.651.181	2.801.337	3.043.006
Aragón	441.267	471.894	522.780	549.484	624.215
Asturias (Principado de)	388.152	408.731	428.281	461.088	514.687
Baleares (Islas)	233.066	251.576	272.003	326.299	397.682
Canarias	556.266	599.761	641.984	710.400	768.893
Cantabria	192.066	206.337	223.453	239.687	270.529
Castilla y León	880.269	936.534	986.230	1.044.132	1.142.457
Castilla-La Mancha	529.425	566.003	598.932	651.131	723.266
Cataluña	2.050.741	2.252.440	2.338.765	2.476.998	2.811.721
Comunidad Valenciana	1.221.235	1.287.166	1.340.403	1.443.968	1.573.720
Extremadura	357.277	381.388	402.047	427.430	494.110
Galicia	860.860	905.558	967.080	1.022.056	1.074.967
Madrid (Comunidad de)	1.756.810	1.832.403	1.919.842	2.019.207	2.225.159
Murcia (Región de)	347.470	379.175	402.780	428.326	489.201
Navarra (Comunidad Foral de)	241.693	257.668	278.813	291.532	319.026
País Vasco	858.540	890.752	958.922	1.007.132	1.059.749
Rioja (La)	92.924	99.934	107.091	122.491	136.921
Ceuta	24.957	27.095	28.896	30.608	33.800
Melilla	24.788	26.886	29.307	29.778	32.785
Gasto consolidado del sector CCAA	13.408.059	14.303.728	15.098.789	16.083.083	17.735.896

REMUNERACIÓN DEL PERSONAL

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	50,61	48,00	48,37	47,80	47,26
Aragón	51,35	51,57	51,90	50,56	50,67
Asturias (Principado de)	48,91	48,52	47,25	46,94	46,65
Baleares (Islas)	48,37	48,86	47,81	46,42	48,18
Canarias	45,46	44,89	45,14	44,51	42,66
Cantabria	49,14	48,69	47,10	45,52	47,87
Castilla y León	52,33	51,55	50,91	50,39	47,92
Castilla-La Mancha	48,03	47,77	46,52	43,87	44,88
Cataluña	47,17	47,69	46,33	45,05	44,99
Comunidad Valenciana	45,66	43,55	42,21	41,24	39,36
Extremadura	49,01	48,55	48,53	44,01	48,03
Galicia	44,34	44,09	43,37	43,85	42,19
Madrid (Comunidad de)	51,49	51,05	49,23	48,59	48,31
Murcia (Región de)	46,66	46,24	45,06	43,47	43,31
Navarra (Comunidad Foral de)	52,79	52,36	53,77	51,97	52,12
País Vasco	53,07	52,10	52,34	51,16	50,03
Rioja (La)	51,17	50,35	50,02	50,23	50,33
Ceuta	56,04	57,50	57,80	55,67	56,09
Melilla	57,34	54,81	53,81	52,00	52,63
Gasto consolidado del sector CCAA	48,98	48,14	47,44	46,43	45,89

REMUNERACIÓN DEL PERSONAL

	Porcentaje de variación interanual				TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003			
Andalucía	7,33	5,10	5,66	8,63	6,67	6,03	6,21
Aragón	6,94	10,78	5,11	13,60	9,06	7,58	8,85
Asturias (Principado de)	5,30	4,78	7,66	11,62	7,31	5,91	5,04
Baleares (Islas)	7,94	8,12	19,96	21,88	14,29	11,87	8,03
Canarias	7,82	7,04	10,66	8,23	8,43	8,49	7,43
Cantabria	7,43	8,30	7,27	12,87	8,94	7,66	7,86
Castilla y León	6,39	5,31	5,87	9,42	6,73	5,86	5,85
Castilla-La Mancha	6,91	5,82	8,72	11,08	8,11	7,14	6,36
Cataluña	9,84	3,83	5,91	13,51	8,21	6,50	6,79
Comunidad Valenciana	5,40	4,14	7,73	8,99	6,54	5,74	4,77
Extremadura	6,75	5,42	6,31	15,60	8,44	6,16	6,08
Galicia	5,19	6,79	5,68	5,18	5,71	5,89	5,99
Madrid (Comunidad de)	4,30	4,77	5,18	10,20	6,09	4,75	4,54
Murcia (Región de)	9,12	6,23	6,34	14,21	8,93	7,22	7,67
Navarra (Comunidad Foral de)	6,61	8,21	4,56	9,43	7,19	6,45	7,40
País Vasco	3,75	7,65	5,03	5,22	5,40	5,47	5,68
Rioja (La)	7,54	7,16	14,38	11,78	10,18	9,65	7,35
Ceuta	8,57	6,65	5,93	10,43	7,88	7,04	7,60
Melilla	8,46	9,01	1,61	10,10	7,24	6,31	8,73
Gasto consolidado del sector CCAA	6,68	5,56	6,52	10,28	7,24	6,25	6,12

Dado el importante peso que los gastos de personal representan sobre el gasto sanitario público total, el Grupo de Trabajo consideró conveniente realizar un análisis más detallado de esta partida, para lo cual se recopilaban datos sobre el montante de las retribuciones y la evolución de los efectivos al servicio de los distintos Servicios de Salud. En este informe, sin embargo, únicamente se han analizado las retribuciones medias anuales dado que se han detectado algunos errores en las variables referidas al número de profesionales que afectan a distintas Comunidades Autónomas y distintas categorías de personal. Aunque de los datos recopilados sí puede deducirse un claro incremento en los efectivos para algunas CC.AA., una parte de la información obtenida no responde a la realidad del sistema en su conjunto. En consecuencia, al no estar disponible una serie de datos homogénea y fiable para todas las Comunidades y Ciudades Autónomas, se ha optado por realizar un examen parcial de los datos referidos a la política retributiva de los Servicios Autonómicos de Salud. Es preciso señalar que algunas CC.AA. han debido ser excluidas del análisis, dado que no han enviado a la Secretaría del Grupo de Trabajo los datos correspondientes. Este es el caso de Navarra y La Rioja.

La información recopilada procede de dos fuentes: por un lado, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que ha suministrado los datos correspondientes

al período 1999-2001 para las CC.AA. que en esos años estaban gestionadas por el antiguo INSALUD (así como para Ceuta y Melilla) y, por otro, de las propias CC.AA. para todos aquellos años durante los cuales tuvieran asumidas las competencias sanitarias.

Se contemplan en el análisis las mismas categorías profesionales (un total de doce) y los mismos conceptos retributivos que están siendo empleados por el grupo de trabajo de retribuciones de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del SNS^{10,11}. Es importante destacar que entre los conceptos retributivos no se incluye la atención continuada ni la residencia. Por su parte, la productividad variable, pese a que ha sido suministrada por un buen número de CC.AA., ha sido excluida del análisis al no disponerse de información completa para todos los Servicios Autonómicos de Salud. Por lo tanto, y al tratarse de un análisis parcial, pueden estarse introduciendo sesgos en los resultados, sin que pueda estimarse cómo afectan a las distintas CC.AA. y a las medias calculadas.

Se presentan a continuación los principales resultados del análisis para las distintas categorías profesionales. Las tablas correspondientes se muestran al final del epígrafe dedicado a la clasificación económica del gasto.

1) Facultativo Especialista de Área

En 1999 se observa que, a excepción de la Comunidad Valenciana, todas las CC.AA. que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los correspondientes al resto de territorios todavía integrados en el antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a Cataluña, con una cantidad 7.028 euros superior a la del antiguo INSALUD. Esta diferencia se reduce para País Vasco (4.880 euros), Canarias (2.399 euros), Andalucía (1.201 euros) y Galicia (298 euros). La Comunidad Valenciana presenta la retribución más reducida (con 1.870 euros por debajo de la correspondiente al INSALUD-Gestión Directa).

¹⁰ Los conceptos retributivos utilizados para calcular la retribución media anual son los siguientes: sueldo, destino, complemento específico general, productividad fija y otros (como los pactados o acordados en los respectivos ámbitos que tengan por objeto la dedicación exclusiva, jornadas partidas o régimen de prestación de trabajo partido, realización de jornadas especiales, o participación en programas específicos con carácter estable o permanente). Para las categorías de médico de familia y enfermeros de atención primaria se añaden las retribuciones abonadas en concepto del número de tarjetas sanitarias individuales. Por último, para las categorías profesionales con turnicidad se añade el concepto de complemento específico correspondiente a los turnos.

¹¹ A pesar de que Madrid remitió datos correspondientes a las retribuciones anuales medias para personal estatutario, personal funcionario y personal laboral, se han computado únicamente las retribuciones correspondientes al personal estatutario, con el fin de mantener la homogeneidad de los datos analizados.

En 2003, Cataluña y País Vasco continúan siendo las Comunidades Autónomas que presentan las retribuciones más elevadas, pero ahora seguidas de Baleares¹². Las diferencias en este año entre el máximo y el mínimo (este último correspondiente a Galicia, que en dicho año ha sido superada por el resto de CC.AA. del antiguo INSALUD), se incrementan significativamente (hasta los 12.940 euros). A excepción de Baleares, País Vasco y Cataluña, todas las Comunidades y Ciudades Autónomas presentan en 2003 una retribución inferior a la media del conjunto. El coeficiente de variación indica que la variabilidad de las retribuciones en 2003 es superior a la que se registraba a comienzos del período.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el período considerado del 3,77%. Cataluña, Comunidad Valenciana, Baleares, Cantabria, Murcia, Madrid y Aragón se sitúan entre las CC.AA. que han registrado un crecimiento superior al de la media (todas ellas por encima del 4%). Por su parte, las CC.AA. que han registrado menores tasas medias anuales de crecimiento en el conjunto del período son Canarias (2,15%) y Galicia (2,16%). Del conjunto de territorios del antiguo INSALUD, Castilla y León es la Comunidad que más ha moderado su tasa de crecimiento entre 1999 y 2003 (3,56%).

Salvo para Castilla-La Mancha, Extremadura, País Vasco y Comunidad Valenciana, los mayores incrementos retributivos se concentran en el año 2003. Las dos primeras registran aumentos más pronunciados en el primer año tras el traspaso de las competencias sanitarias, mientras la Comunidad Valenciana presenta la mayor tasa de crecimiento de las retribuciones en el año 2000 y País Vasco en 2001.

2) Médico de Familia de Atención Primaria^{13,14}.

En 1999, la comparación entre las CC.AA. que ya habían asumido las competencias sanitarias y el territorio INSALUD indica que País Vasco, Cataluña, Canarias y Galicia registran niveles retributivos más elevados que los correspon-

¹² Se ha de señalar que en el año 2003 en Cataluña se ha puesto en marcha la carrera profesional, que ha supuesto un importante aumento retributivo para los médicos.

¹³ Para el análisis de esta categoría se han eliminado los valores correspondientes a Asturias, Baleares y Cantabria, que en algunos años presentan descensos en la cuantía de sus retribuciones. En el caso de Asturias y Cantabria, el descenso se produce entre los años 2001 y 2002, dado que hasta 2001 se incluía entre los conceptos retributivos el correspondiente a la "Tarjeta Sanitaria Individual" (TIS), y dicho valor no está disponible en ambos casos para 2002 y 2003. Para el resto de las CC.AA. del antiguo INSALUD, las cantidades incluidas en dicho concepto corresponden a una media aritmética de la retribución que los profesionales perciben por el número de TIS que tienen asignado.

¹⁴ Los valores negativos que presentan las tasas de crecimiento interanual en 2002 las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla se explican del siguiente modo: las cuantías que se han consignado en concepto de Productividad Fija para los años 1999, 2000 y 2001 se han calculado como media aritmética que por

dientes al resto de territorios todavía integrados en el antiguo INSALUD (con diferencias que oscilan entre los 3.075 euros de País Vasco y los 1.047 de Canarias). Andalucía y Comunidad Valenciana, por su parte, presentan datos bastante inferiores a los de INSALUD (con una diferencia de 5.044 euros en el primer caso y de 8.274 en el segundo).

En 2003, las CC.AA. que presentan retribuciones más elevadas son, por orden, Cataluña, Madrid, Murcia, País Vasco y Aragón, mientras el valor más bajo le sigue correspondiendo a la Comunidad Valenciana. La diferencia entre el máximo y el mínimo se eleva a 11.071 euros, algo por debajo de la que se registraba en 1999, que ascendía a 11.349 euros. La variabilidad entre el principio y el final del período se ha reducido ligeramente.

Las tasas medias de crecimiento anual para el conjunto del periodo resultan especialmente elevadas en la Comunidad Valenciana y Andalucía, que partían de niveles retributivos claramente inferiores a la media para esta categoría profesional. Tras ellas se sitúan Cataluña y Madrid. Canarias y Galicia son, por el contrario, las Comunidades Autónomas con menores tasas medias de crecimiento anual entre 1999 y 2003, si bien partían de un nivel retributivo superior al de la media. Algunas CC.AA. destacan por concentrar elevados incrementos en las retribuciones en un año concreto. Este es el caso de Comunidad Valenciana (en el año 2000), Andalucía (año 2001), Madrid (2002) y Cataluña (2003).

3) Enfermera/DUE (UH) con turnicidad.

En 1999, se observa que todas las CC.AA. que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los correspondientes al resto de territorios todavía integrados en el antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, y la diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 5.166 euros. Canarias y Cataluña, por su parte, presentan respectivamente una retribución superior en 5.082 y 2.150 euros a la mínima. Andalucía, Comunidad Valenciana y Galicia presentan valores más próximos a los correspondientes al territorio INSALUD.

En 2003, País Vasco continúa siendo la Comunidad Autónoma que presenta la retribución más elevada, pero ahora seguida de Canarias, Baleares, Madrid y Cataluña, si bien la diferencia entre el máximo y el mínimo (este último corres-

dicho concepto retributivo percibieron todos los profesionales de esta categoría en el ámbito del INSALUD, donde existían Equipos de Atención Primaria con distintos grados de dispersión geográfica y distintos valores para el concepto retributivo "Tarjeta Sanitaria Individual". Las cuantías consignadas para los años 2002 y 2003 en Ceuta y Melilla también suponen una media aritmética. No obstante, se ha de señalar que el grado de dispersión geográfica de los Equipos de Atención Primaria de Ceuta y Melilla es el que menos se valora en la TIS, razón por la cual la media aritmética es inferior a la del entonces INSALUD.

pondiente a Galicia, que en dicho año ha sido superada por el resto de CC.AA. del antiguo INSALUD), se ha reducido hasta los 4.041 euros. Las CC.AA. que tras haber asumido las competencias sanitarias continúan teniendo una retribución por debajo de la media del conjunto son Asturias, Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Extremadura y Murcia. La evolución del coeficiente de variación indica que las diferencias entre CC.AA. se han reducido entre 1999 y 2003.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el periodo considerado del 5,96%, ampliamente superada por Madrid (9,39%) y Baleares (8,84%). Las CC.AA. que han registrado menores tasas de crecimiento en el conjunto del periodo son precisamente las que en 1999 tenían transferidas las competencias y partían de niveles retributivos relativamente elevados. Del conjunto de territorios del antiguo INSALUD, Castilla y León es la Comunidad que más ha moderado su tasa de crecimiento entre 1999 y 2003 (6,06%).

El cuadro que recoge las tasas de crecimiento durante 1999-2003 permite observar en qué año se han concentrado los aumentos retributivos. Así, en 2002, recién finalizado el proceso de traspasos, destaca especialmente el incremento con respecto al año anterior registrado en Madrid (21,42%). También destaca el aumento relativo producido en Castilla-La Mancha y Extremadura en este año (10,84% y 9,28%, respectivamente) en comparación con los incrementos que ambas CC.AA. presentan en 2003 (5,74% y 6,47%, respectivamente). Por otra parte, es en 2003 donde se concentran de manera muy destacable los aumentos retributivos de Baleares (17,7%) y Cataluña (14,07%).

4) Enfermera/DUE (UH) de Atención Primaria¹⁵

En 1999, los montantes retributivos en esta categoría profesional resultan, en general, muy homogéneos para las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas. Destacan, no obstante, los casos de Galicia, País Vasco y Canarias, cuyas retribuciones superan a las del resto de CC.AA., con diferencias con respecto al territorio INSALUD de 2.468 euros, 1.978 euros y 1.263 euros, respectivamente. Las retribuciones en Cataluña también resultan superiores a las de INSALUD, pero con una diferencia mucho más reducida (298 euros). Por el contrario, la Comunidad Valenciana y Andalucía presentan retribuciones inferiores a las correspondientes al ámbito INSALUD.

¹⁵ Para el análisis de esta categoría se ha excluido a la Comunidad de Asturias, puesto que no se dispone de los datos correspondientes. Para explicar las tasas de crecimiento negativas que registran Ceuta y Melilla en el año 2002, véase la nota a pie de página inmediatamente anterior.

El crecimiento más pronunciado entre 1999 y 2003 le corresponde a Madrid, que para este último año presenta la retribución máxima, con una diferencia de 5.686 euros con respecto a Ceuta y Melilla, que registran los valores mínimos. Junto con Madrid, las Comunidades Autónomas de Baleares, Murcia, País Vasco y Cataluña son las que se sitúan por encima de la retribución media correspondiente a la muestra utilizada. La evolución del coeficiente de variación indica que la variabilidad entre CC.AA. se ha acentuado de forma notable a lo largo del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido del 4,71% para el período considerado. Madrid y Baleares son las CC.AA. que registran las tasas más elevadas (9,50% y 7,99%, respectivamente). Murcia, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Aragón también se sitúan por encima del crecimiento medio. Por su parte, Galicia y Canarias, que como se ha comentado partían junto con País Vasco de los niveles retributivos más elevados, son las CC.AA. que han registrado crecimientos más moderados. De los territorios antiguamente gestionados por el INSALUD, Ceuta, Melilla y Extremadura son los que registran los incrementos más reducidos.

Los incrementos en la retribución se concentran de forma muy marcada en 2002 para Castilla-La Mancha y Madrid, y en 2003 para Cataluña, Cantabria, Ceuta y Melilla.

5) Técnico Especialista con turnicidad.

En 1999, se observa que todas las CC.AA. que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida por Canarias, la Comunidad Valenciana, Cataluña, Galicia y Andalucía. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 5.713 euros.

En 2003, continúa siendo País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Madrid y Baleares. Cantabria, por su parte, se sitúa en el nivel más bajo. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Cantabria asciende a 5.100 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre CC.AA. se ha reducido ligeramente entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el período considerado del 5,71%. Madrid (11,31%), Baleares (9,80%), Asturias (6,15%), Extremadura (6,06%), Cataluña (6,01%), Aragón (5,99%) y Murcia (5,88%) son las CC.AA. que se

sitúan por encima de dicha media. Canarias y Galicia, que partían de niveles retributivos superiores a la media en 1999, son las CC.AA. que han registrado un crecimiento más moderado a lo largo de estos últimos años.

6) Auxiliar de Enfermería (UH) con turnicidad.

En 1999, se observa que todas las CC.AA. que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguido por Cataluña, Comunidad Valenciana, Canarias, Andalucía y Galicia. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 6.136 euros.

En 2003, sigue siendo País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Madrid y Baleares. Canarias, por su parte, se sitúa en el nivel más bajo. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 6.328 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre CC.AA. se ha reducido entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el período considerado del 5,58%. Madrid (9,71%), Baleares (9,46%), Castilla-La Mancha (6,30%), Asturias (6,21%), Extremadura (6,07%), Cantabria (6,06%), Murcia (5,83%) y Aragón (5,74%) son las CC.AA. que se sitúan por encima de dicha media. Canarias, País Vasco y Galicia, que partían de niveles retributivos superiores a la media en 1999, son las CC.AA. que han registrado un crecimiento más moderado a lo largo de estos últimos años. De las Comunidades y Ciudades Autónomas del antiguo INSALUD, Castilla y León es la Comunidad que ha registrado una menor tasa de crecimiento.

Del examen de las tasas de crecimiento interanual de las retribuciones, puede destacarse que los incrementos retributivos se concentran de manera muy especial en 2002 para el caso de Madrid, y en 2003 para Baleares, Murcia, Ceuta y Melilla.

7) Técnico Función Administrativa.

En 1999, se observa que todas las CC.AA. que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida por Andalucía, Canarias, la Comunidad Valenciana, Galicia y Cataluña. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 3.386 euros.

En 2003, es Baleares la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor. Galicia, por su parte, se sitúa en el nivel más bajo. La diferencia entre el valor máximo de Baleares y el valor mínimo de Galicia asciende a 7.669 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre CC.AA. ha aumentado ligeramente entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el período considerado del 4,61%, ampliamente superada por Baleares (10,36%). El resto de tasas de crecimiento se sitúan más próximas a la media, si bien el aumento de retribuciones ha sido marcadamente moderado en las CC.AA. que asumieron las competencias sanitarias antes de 2002. De las CC.AA. antiguamente gestionadas por el INSALUD, Asturias y Madrid son las que presentan las tasas de crecimiento más reducidas (4,45% en ambos casos).

Del examen de las tasas de crecimiento interanual de las retribuciones, puede destacarse que los incrementos retributivos se concentran de manera muy especial en 2003 para el caso de Baleares, Murcia, Ceuta y Melilla.

8) Gestión Función Administrativa

En 1999, se observa que todas las CC.AA. analizadas que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. Las diferencias son especialmente destacadas para Canarias, País Vasco y Andalucía (4571 euros, 4275 euros y 2846 euros, respectivamente), situándose el resto muy próximas a los valores presentados por INSALUD.

En 2003, Canarias sigue siendo la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de País Vasco y Baleares. Galicia, por su parte, seguida de Cataluña, se sitúa en el nivel más bajo. La diferencia entre el valor máximo de Canarias y el valor mínimo de Galicia asciende a 3.837 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre CC.AA. se ha reducido paulatinamente entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el período considerado del 5,83%. La tasa correspondiente a Baleares, por su parte, asciende al 9,08%. Las CC.AA. que crecen por debajo de la media son las que tenían asumidas las competencias sanitarias antes de 2002, que partían de los niveles más elevados.

En general, los incrementos retributivos se concentran de manera especialmente pronunciada en el año 2003, salvo en Castilla-La Mancha (2002) y en la Comunidad Valenciana (año 2000).

9) Administrativo Función Administrativa.

En 1999, se observa que todas las CC.AA. que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida por Canarias, Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Galicia (esta última con valores muy próximos a los de la media INSALUD). La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 4.890 euros.

En 2003, continúa siendo País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida por Baleares. Galicia, por su parte, se sitúa en el nivel más bajo. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Galicia asciende a 4.478 euros. La variabilidad entre CC.AA. se ha reducido entre 1999 y 2003.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el período considerado del 5,57%. Baleares y Madrid son las CC.AA. que presentan tasas más elevadas con respecto a la media (10,18% y 7,80%, respectivamente). Al margen de las CC.AA. que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002, Castilla y León es la única que registra crecimientos a lo largo del período 1999-2003 inferiores a la media (con una tasa del 5,39%).

Baleares, Cataluña, Murcia, Ceuta y Melilla concentran de manera muy destacada los incrementos retributivos en el año 2003, mientras Castilla-La Mancha y Galicia lo hacen en 2002. Madrid, por su parte, distribuye de manera más homogénea los aumentos retributivos en ambos años.

10) Auxiliar Función Administrativa.

En 1999, se observa que todas las CC.AA. analizadas que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida por Cataluña, Andalucía, la Comunidad Valenciana, Canarias y Galicia. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 5.492 euros.

En 2003, continúa siendo País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor. Canarias, por su parte, se sitúa en el nivel más bajo. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 5.208 euros. La variabilidad entre CC.AA. se ha reducido paulatinamente a lo largo del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el período considerado del 5,59%.

Baleares, Cantabria, Asturias y Madrid son las CC.AA. que presentan tasas más elevadas con respecto a la media (9,12%, 7,93%, 7,02% y 6,95%, respectivamente). Las CC.AA. que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002 son las únicas que registran crecimientos a lo largo del período 1999-2003 inferiores a la media.

Los incrementos retributivos se concentran más destacadamente, de media, en el año 2003.

11) Celador con turnos atención directa al enfermo.

En 1999, se observa que todas las CC.AA. que ya habían asumido las competencias sanitarias registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida por la Comunidad Valenciana, Cataluña, Canarias, Galicia y Andalucía. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 4.196 euros.

En 2003, continúa siendo País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Baleares y de la Comunidad de Madrid. Canarias, por su parte, se sitúa en el nivel más bajo. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 5.402 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre CC.AA. ha aumentado muy ligeramente entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el período considerado del 5,14%. Baleares (8,53%), Madrid (8,48%), Castilla-La Mancha (6,28%), Extremadura (5,58%), Asturias (5,42%), Murcia (5,20%) y Aragón (5,16%) son las CC.AA. que se sitúan por encima de dicha media. Canarias, Galicia y la Comunidad Valenciana, que partían de niveles retributivos superiores a la media en 1999, son las CC.AA. que han registrado un crecimiento más moderado a lo largo de estos últimos años. De las Comunidades y Ciudades Autónomas del antiguo INSALUD, Castilla y León es la Comunidad que ha registrado una menor tasa de crecimiento.

Del examen de las tasas de crecimiento interanual de las retribuciones, puede destacarse que los incrementos retributivos se concentran de manera muy especial en 2002 para el caso de Madrid y Castilla-La Mancha, y en 2003 para Baleares y Murcia.

12) Pinche sin turnos.

Finalmente, para la última de las categorías profesionales analizadas, se observa que, en 1999, todas las CC.AA. que ya habían asumido las competencias sani-

tarias nuevamente registran niveles retributivos más elevados que los del antiguo INSALUD. La retribución máxima le corresponde a País Vasco, seguida por Andalucía, la Comunidad Valenciana, Cataluña, Canarias y Galicia. La diferencia entre el máximo y el mínimo asciende a 3.843 euros.

En 2003, sigue siendo País Vasco la Comunidad Autónoma que registra la retribución mayor, seguida de Baleares. Canarias, por su parte, se sitúa en el nivel más bajo. La diferencia entre el valor máximo de País Vasco y el valor mínimo de Canarias asciende a 4.308 euros. El coeficiente de variación indica que la variabilidad entre CC.AA. se ha reducido entre el comienzo y el final del período analizado.

La tasa media de crecimiento anual para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas analizadas ha sido para el período considerado del 4,92%. Baleares (9,37%), Extremadura (5,76%), Asturias (5,57%), Cantabria (5,51%), Castilla- La Mancha (5,44%), Madrid (5,41%), Murcia (5,33%) y Aragón (5,22%), junto con Ceuta y Melilla (5,05%) se sitúan por encima de dicha media. Al margen de las CC.AA. que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002, únicamente Castilla y León presenta una tasa de crecimiento inferior a la media.

En este caso, los incrementos retributivos registrados a lo largo del período 1999-2003 se concentran, en general, en 2003.

En resumen, el análisis previo indica que el crecimiento producido en los niveles retributivos entre 1999 y 2003 es menor que el registrado en el conjunto del gasto sanitario público del sector, pero significativamente mayor que el crecimiento de la actividad económica durante dichos años.

La tendencia de las retribuciones ha sido, pues, claramente alcista para el conjunto de los Servicios de Salud contemplados en el análisis y, en particular, para las CC.AA. que asumieron las transferencias con fecha 1 de enero de 2002.

Las CC.AA. del antiguo INSALUD han ido incrementando sus retribuciones con el fin de equilibrarlas en relación con los niveles que a comienzos del período presentaban las CC.AA. que ya tenían las competencias transferidas (y que, salvo contadas excepciones, eran significativamente superiores). En ocho de las doce categorías profesionales analizadas se registra una reducción de la variabilidad entre las Comunidades y Ciudades Autónomas a lo largo del período considerado. Este resultado difiere del obtenido en una primera versión del informe, como consecuencia de la introducción de las retribuciones correspondientes a País Vasco, que de manera generalizada ostenta a principios del período la retribución media anual máxima, con diferencias notables con respecto a las retribuciones del resto de las CC.AA. Tan sólo en lo referido a los facultativos especia-

listas de área, enfermeros/DUE de atención primaria, técnicos función administrativa y celador con turnos atención directa al enfermo se ha detectado un aumento de la variabilidad retributiva.

El cierre del traspaso de competencias en materia de gestión de la sanidad ha implicado que, en una primera fase, las CC.AA. que recibieron esta competencia en 2002 adoptasen una política retributiva alcista que les permitiera equipararse con el resto de las CC.AA. Al mismo tiempo, se observa la aparición de un *efecto rebote* por comparación entre los distintos Servicios de Salud. De continuar este efecto, es de esperar que se produzca una *espiral inflacionista* que presionará sobre los gastos de personal, con una tendencia sensiblemente superior a la del resto del personal que presta sus servicios en las CC.AA.

Madrid y Baleares destacan, en la mayor parte de categorías analizadas, por sus elevadas tasas de crecimiento medio, lo que tiende a situarlas en 2003 entre los valores máximos de retribución, junto con el País Vasco. Las CC.AA. que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002 registran, en general, las tasas de crecimiento medio anual más reducidas, si bien, como ya se ha señalado, partían de niveles retributivos comparativamente elevados. En el caso particular de Canarias y Galicia, esta moderación de las tasas de crecimiento sitúa en 2003 a ambas Comunidades en la retribución media anual más baja para un cierto número de categorías profesionales, o bien las sitúa por debajo de la media. Castilla y León, por su parte, aparece con frecuencia entre las CC.AA. del antiguo INSALUD que han registrado las tasas de crecimiento más moderadas.

Los mayores incrementos retributivos se concentran en el año 2003, salvo en la categoría de enfermero con turnicidad, donde el aumento medio más pronunciado tiene lugar en 2002.

Es preciso insistir, no obstante, que el análisis efectuado es un análisis parcial que necesitaría ser completado para que de él pudieran derivarse conclusiones generalizables a los distintos Servicios Autonómicos de Salud.

TABLAS COMPARATIVAS DE RETRIBUCIONES MEDIAS ANUALES

Retribuciones medias anuales

Euros	1999	2000	2001	2002	2003
Facultativo Especialista de Área					
Andalucía	33.166,06	33.773,96	34.449,50	35.370,24	37.444,54
Aragón	31.964,65	32.604,08	33.407,42	35.122,90	37.431,10
Asturias (Principado de)	31.964,65	32.604,08	33.407,42	34.963,16	37.228,48
Baleares (Islas)	31.964,65	32.604,08	33.407,42	34.947,34	38.432,48
Canarias	34.363,52	35.050,87	35.752,02	36.467,14	37.413,66
Cantabria	31.964,65	32.604,08	33.407,42	35.155,66	37.494,56
Castilla y León	31.964,65	32.604,08	33.407,42	34.523,44	36.765,30
Castilla - La Mancha	31.964,65	32.604,08	33.407,42	35.548,06	37.212,42
Cataluña	38.992,36	40.201,12	41.005,37	42.236,23	48.078,75
Comunidad Valenciana	30.094,90	32.634,24	33.287,06	34.868,86	36.251,58
Extremadura	31.964,65	32.604,08	33.407,42	35.349,82	37.331,06
Galicia	32.262,36	32.907,60	33.565,46	34.236,94	35.139,10
Madrid (Comunidad de)	31.964,65	32.604,08	33.407,42	35.333,62	37.453,54
Murcia (Región de)	31.964,65	32.604,08	33.407,42	34.075,66	37.438,26
País Vasco	36.844,81	37.839,57	39.353,17	40.533,76	41.773,07
Ceuta	31.964,65	32.604,08	33.407,42	34.075,66	36.815,34
Melilla	31.964,65	32.604,08	33.407,42	34.075,66	36.815,34
Media	32.784,42	33.591,31	34.405,54	35.699,07	38.030,50
Coefficiente de variación	0,0650	0,0649	0,0661	0,0630	0,0764

Porcentajes de variación interanual

Facultativo Especialista de Área	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	2,00	2,67	5,86	3,08	2,17	1,92
Aragón	2,00	2,46	5,14	6,57	4,03	3,19	2,23
Asturias (Principado de)	2,00	2,46	4,66	6,48	3,88	3,03	2,23
Baleares (Islas)	2,00	2,46	4,61	9,97	4,71	3,02	2,23
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,60	2,15	2,00	2,00
Cantabria	2,00	2,46	5,23	6,65	4,07	3,22	2,23
Castilla y León	2,00	2,46	3,34	6,49	3,56	2,60	2,23
Castilla - La Mancha	2,00	2,46	6,41	4,68	3,87	3,61	2,23
Cataluña	3,10	2,00	3,00	13,83	5,38	2,70	2,55
Comunidad Valenciana	8,44	2,00	4,75	3,97	4,76	5,03	5,17
Extremadura	2,00	2,46	5,81	5,60	3,96	3,41	2,23
Galicia	2,00	2,00	2,00	2,64	2,16	2,00	2,00
Madrid (Comunidad de)	2,00	2,46	5,77	6,00	4,04	3,40	2,23
Murcia (Región de)	2,00	2,46	2,00	9,87	4,03	2,15	2,23
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,06	3,19	3,23	3,35
Ceuta	2,00	2,46	2,00	8,04	3,60	2,15	2,23
Melilla	2,00	2,46	2,00	8,04	3,60	2,15	2,23
Media	2,48	2,42	3,79	6,49	3,77	2,89	2,44

Euros					
Médico de Familia de Atención Primaria	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	27.627,15	28.133,56	34.456,22	35.377,08	37.260,70
Aragón	32.670,81	33.324,46	34.142,13	36.982,33	39.277,38
Canarias	33.718,25	34.390,67	35.082,80	35.782,66	36.759,06
Castilla y León	32.670,81	33.324,46	34.142,13	36.377,44	38.656,50
Castilla - La Mancha	32.670,81	33.324,46	34.142,13	36.724,78	37.679,22
Cataluña	34.713,07	35.789,17	37.145,75	38.571,97	45.584,90
Comunidad Valenciana	24.396,96	30.996,42	31.616,42	33.164,86	34.513,50
Extremadura	32.670,81	33.324,46	34.142,13	35.987,93	37.390,99
Galicia	33.750,96	34.428,60	35.119,82	36.010,90	37.093,06
Madrid (Comunidad de)	32.670,81	33.324,46	34.142,13	40.012,30	42.219,22
Murcia (Región de)	32.670,81	33.324,46	34.142,13	37.400,02	41.081,82
País Vasco	35.746,10	36.711,23	38.179,69	39.325,08	40.525,48
Ceuta	32.670,81	33.324,46	34.142,13	33.615,28	36.345,81
Melilla	32.670,81	33.324,46	34.142,13	33.615,28	36.345,81
Media	32.237,07	33.360,38	34.624,12	36.353,42	38.623,82
Coefficiente de variación	0,0891	0,0601	0,0442	0,0568	0,0749

Porcentajes de variación interanual

Médico de Familia de Atención Primaria	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	22,47	2,67	5,32	7,77	8,59	11,68
Aragón	2,00	2,45	8,32	6,21	4,71	4,22	2,23
Canarias	1,99	2,01	1,99	2,73	2,18	2,00	2,00
Castilla y León	2,00	2,45	6,55	6,27	4,30	3,65	2,23
Castilla - La Mancha	2,00	2,45	7,56	2,60	3,63	3,98	2,23
Cataluña	3,10	3,79	3,84	18,18	7,05	3,58	3,44
Comunidad Valenciana	27,05	2,00	4,90	4,07	9,06	10,78	13,84
Extremadura	2,00	2,45	5,41	3,90	3,43	3,28	2,23
Galicia	2,01	2,01	2,54	3,01	2,39	2,18	2,01
Madrid (Comunidad de)	2,00	2,45	17,19	5,52	6,62	6,99	2,23
Murcia (Región de)	2,00	2,45	9,54	9,84	5,89	4,61	2,23
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,05	3,19	3,23	3,35
Ceuta	2,00	2,45	-1,54	8,12	2,70	0,95	2,23
Melilla	2,00	2,45	-1,54	8,12	2,70	0,95	2,23
Media	3,91	3,99	5,03	6,21	4,69	4,21	3,87

Euros					
Enfermera/DUE (UH) con turnicidad	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	18.158,18	18.801,50	19.652,38	20.243,96	21.555,78
Aragón	16.951,53	17.813,23	18.754,98	20.275,52	21.676,74
Asturias (Principado de)	16.951,53	17.813,23	18.754,98	20.260,28	21.867,80
Baleares (Islas)	16.951,53	17.813,23	18.754,98	20.213,24	23.791,86
Canarias	21.673,35	22.865,37	23.322,90	23.789,48	24.441,76
Cantabria	16.951,53	17.813,23	18.754,98	20.395,28	22.043,44
Castilla y León	16.951,53	17.813,23	18.754,98	19.909,82	21.451,60
Castilla - La Mancha	16.951,53	17.813,23	18.754,98	20.787,20	21.980,56
Cataluña	19.101,54	19.693,69	20.087,75	20.806,76	23.733,40
Comunidad Valenciana	18.423,19	19.248,63	19.725,46	20.853,08	21.871,96
Extremadura	16.951,53	17.813,23	18.754,98	20.495,55	21.822,52
Galicia	17.858,02	18.215,14	19.372,90	21.217,28	21.082,40
Madrid (Comunidad de)	16.951,53	17.813,23	18.754,98	22.772,14	24.276,77
Murcia (Región de)	16.951,53	17.813,23	18.754,98	19.585,28	21.925,60
País Vasco	22.117,62	22.714,75	23.623,36	24.332,08	25.123,92
Ceuta	16.951,53	17.813,23	18.754,98	19.585,28	21.637,96
Melilla	16.951,53	17.813,23	18.754,98	19.585,28	21.637,96
Media	17.870,51	18.675,56	19.534,68	20.888,68	22.466,00
Coefficiente de variación	0,0925	0,0884	0,0790	0,1060	0,0559

Porcentajes de variación interanual

Enfermera/DUE (UH) con turnicidad	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	3,54	4,53	3,01	6,48	4,38	3,69	4,03
Aragón	5,08	5,29	8,11	6,91	6,34	6,15	5,19
Asturias (Principado de)	5,08	5,29	8,03	7,93	6,57	6,12	5,19
Baleares (Islas)	5,08	5,29	7,78	17,70	8,84	6,04	5,19
Canarias	5,50	2,00	2,00	2,74	3,05	3,15	3,74
Cantabria	5,08	5,29	8,75	8,08	6,79	6,36	5,19
Castilla y León	5,08	5,29	6,16	7,74	6,06	5,51	5,19
Castilla - La Mancha	5,08	5,29	10,84	5,74	6,71	7,04	5,19
Cataluña	3,10	2,00	3,58	14,07	5,58	2,89	2,55
Comunidad Valenciana	4,48	2,48	5,72	4,89	4,38	4,22	3,47
Extremadura	5,08	5,29	9,28	6,47	6,52	6,53	5,19
Galicia	2,00	6,36	9,52	-0,64	4,24	5,91	4,16
Madrid (Comunidad de)	5,08	5,29	21,42	6,61	9,39	10,34	5,19
Murcia (Región de)	5,08	5,29	4,43	11,95	6,64	4,93	5,19
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,25	3,24	3,23	3,35
Ceuta	5,08	5,29	4,43	10,48	6,29	4,93	5,19
Melilla	5,08	5,29	4,43	10,48	6,29	4,93	5,19
Media	4,54	4,68	7,09	7,70	5,96	5,41	4,61

Euros					
Enfermera/DUE (UH) de Atención Primaria	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	18.158,18	18.491,01	19.460,74	20.048,48	21.356,10
Aragón	18.471,81	18.841,26	19.357,64	20.871,16	22.273,66
Baleares (Islas)	18.471,81	18.841,26	19.357,64	22.416,95	25.124,24
Canarias	19.734,36	20.366,51	20.776,15	21.345,44	21.880,36
Cantabria	18.471,81	18.841,26	19.357,64	20.030,72	21.671,56
Castilla y León	18.471,81	18.841,26	19.357,64	20.887,07	22.448,36
Castilla - La Mancha	18.471,81	18.841,26	19.357,64	21.469,52	22.559,92
Cataluña	18.770,17	19.352,05	19.739,19	20.446,28	23.353,12
Comunidad Valenciana	18.423,19	19.248,63	19.725,46	20.853,08	21.871,96
Extremadura	18.471,81	18.841,26	19.357,64	20.297,55	21.212,25
Galicia	20.939,86	21.360,46	21.789,82	22.295,12	22.893,44
Madrid (Comunidad de)	18.471,81	18.841,26	19.357,64	24.994,52	26.551,62
Murcia (Región de)	18.471,81	18.841,26	19.357,64	21.656,12	24.091,72
País Vasco	20.450,10	21.002,26	21.842,35	22.497,62	23.236,50
Ceuta	18.471,81	18.841,26	19.357,64	18.827,89	20.865,38
Melilla	18.471,81	18.841,26	19.357,64	18.827,89	20.865,38
Media	18.824,62	19.264,60	19.806,88	21.110,34	22.640,97
Coefficiente de variación	0,0429	0,0445	0,0436	0,0734	0,1078

Porcentajes de variación interanual

Enfermera/DUE (UH) de Atención Primaria	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	5,24	3,02	6,52	4,14	3,36	3,52
Aragón	2,00	2,74	7,82	6,72	4,79	4,15	2,37
Baleares (Islas)	2,00	2,74	15,80	12,08	7,99	6,67	2,37
Canarias	3,20	2,01	2,74	2,51	2,61	2,65	2,61
Cantabria	2,00	2,74	3,48	8,19	4,07	2,74	2,37
Castilla y León	2,00	2,74	7,90	7,47	5,00	4,18	2,37
Castilla - La Mancha	2,00	2,74	10,91	5,08	5,13	5,14	2,37
Cataluña	3,10	2,00	3,58	14,22	5,61	2,89	2,55
Comunidad Valenciana	4,48	2,48	5,72	4,89	4,38	4,22	3,47
Extremadura	2,00	2,74	4,86	4,51	3,52	3,19	2,37
Galicia	2,01	2,01	2,32	2,68	2,25	2,11	2,01
Madrid (Comunidad de)	2,00	2,74	29,12	6,23	9,50	10,61	2,37
Murcia (Región de)	2,00	2,74	11,87	11,25	6,87	5,44	2,37
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,28	3,24	3,23	3,35
Ceuta	2,00	2,74	-2,74	10,82	3,09	0,64	2,37
Melilla	2,00	2,74	-2,74	10,82	3,09	0,64	2,37
Media	2,33	2,82	6,67	7,33	4,71	3,87	2,58

Euros					
Técnico Especialista con Turnicidad	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	13.342,96	13.822,87	14.459,38	14.897,72	16.346,26
Aragón	12.913,86	13.292,42	14.099,26	15.102,68	16.300,06
Asturias (Principado de)	12.913,86	13.292,42	14.099,26	15.036,52	16.395,40
Baleares (Islas)	12.913,86	13.292,42	14.099,26	14.937,68	18.771,66
Canarias	15.622,07	15.934,73	16.253,58	16.578,92	17.049,32
Cantabria	12.913,86	13.292,42	14.099,26	14.941,52	16.049,00
Castilla y León	12.913,86	13.292,42	14.099,26	14.680,94	15.856,76
Castilla - La Mancha	12.913,86	13.292,42	14.099,26	15.363,08	16.062,18
Cataluña	13.990,01	14.423,70	15.673,37	16.338,44	17.667,82
Comunidad Valenciana	14.153,54	14.986,02	15.285,68	16.141,16	16.888,50
Extremadura	12.913,86	13.292,42	14.099,26	15.196,04	16.341,56
Galicia	13.556,64	13.827,96	14.537,50	15.249,56	15.252,00
Madrid (Comunidad de)	12.913,86	13.292,42	14.099,26	17.144,10	19.822,27
Murcia (Región de)	12.913,86	13.292,42	14.099,26	14.431,52	16.228,64
País Vasco	18.627,32	19.130,18	19.895,37	20.492,21	21.148,86
Ceuta	12.913,86	13.292,42	14.099,26	14.431,52	16.086,68
Melilla	12.913,86	13.292,42	14.099,26	14.431,52	16.086,68
Media	13.608,53	14.020,12	14.776,28	15.611,48	16.961,98
Coefficiente de variación	0,1088	0,1081	0,0996	0,0952	0,0919

Porcentajes de variación interanual

Técnico Especialista con Turnicidad	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	3,60	4,60	3,03	9,72	5,21	3,74	4,10
Aragón	2,93	6,07	7,12	7,93	5,99	5,36	4,49
Asturias (Principado de)	2,93	6,07	6,65	9,04	6,15	5,20	4,49
Baleares (Islas)	2,93	6,07	5,95	25,67	9,80	4,97	4,49
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,84	2,21	2,00	2,00
Cantabria	2,93	6,07	5,97	7,41	5,58	4,98	4,49
Castilla y León	2,93	6,07	4,13	8,01	5,27	4,37	4,49
Castilla - La Mancha	2,93	6,07	8,96	4,55	5,61	5,96	4,49
Cataluña	3,10	8,66	4,24	8,14	6,01	5,31	5,85
Comunidad Valenciana	5,88	2,00	5,60	4,63	4,52	4,48	3,92
Extremadura	2,93	6,07	7,78	7,54	6,06	5,57	4,49
Galicia	2,00	5,13	4,90	0,02	2,99	4,00	3,55
Madrid (Comunidad de)	2,93	6,07	21,60	15,62	11,31	9,91	4,49
Murcia (Región de)	2,93	6,07	2,36	12,45	5,88	3,77	4,49
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,20	3,22	3,23	3,35
Ceuta	2,93	6,07	2,36	11,47	5,65	3,77	4,49
Melilla	2,93	6,07	2,36	11,47	5,65	3,77	4,49
Media	3,03	5,48	5,76	8,81	5,71	4,73	4,24

Euros					
Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	11.815,86	12.216,06	12.741,34	13.117,22	14.418,10
Aragón	11.153,92	11.479,33	12.050,97	12.765,02	13.945,30
Asturias (Principado de)	11.153,92	11.479,33	12.050,97	12.969,74	14.194,70
Baleares (Islas)	11.153,92	11.479,33	12.050,97	12.738,14	16.010,14
Canarias	12.170,30	12.413,83	12.662,26	12.915,62	13.295,96
Cantabria	11.153,92	11.479,33	12.050,97	12.984,74	14.115,34
Castilla y León	11.153,92	11.479,33	12.050,97	12.632,60	13.656,56
Castilla - La Mancha	11.153,92	11.479,33	12.050,97	13.226,06	14.243,42
Cataluña	12.532,61	12.921,12	13.179,68	13.645,82	14.861,34
Comunidad Valenciana	12.210,74	12.823,90	13.080,38	13.842,42	14.519,38
Extremadura	11.153,92	11.479,33	12.050,97	13.135,94	14.119,90
Galicia	11.799,26	12.035,34	12.636,56	13.617,84	13.644,68
Madrid (Comunidad de)	11.153,92	11.479,33	12.050,97	14.897,25	16.157,48
Murcia (Región de)	11.153,92	11.479,33	12.050,97	12.414,74	13.992,32
País Vasco	17.290,05	17.756,97	18.467,18	19.021,19	19.623,68
Ceuta	11.153,92	11.479,33	12.050,97	12.414,74	13.881,68
Melilla	11.153,92	11.479,33	12.050,97	12.414,74	13.881,68
Media	11.794,82	12.143,52	12.666,36	13.456,11	14.621,27
Coefficiente de variación	0,1264	0,1261	0,1221	0,1163	0,1024

Porcentajes de variación interanual

Auxiliar de Enfermería (UH) con Turnicidad	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	3,39	4,30	2,95	9,92	5,10	3,54	3,84
Aragón	2,92	4,98	5,93	9,25	5,74	4,60	3,94
Asturias (Principado de)	2,92	4,98	7,62	9,44	6,21	5,16	3,94
Baleares (Islas)	2,92	4,98	5,70	25,69	9,46	4,53	3,94
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,94	2,24	2,00	2,00
Cantabria	2,92	4,98	7,75	8,71	6,06	5,20	3,94
Castilla y León	2,92	4,98	4,83	8,11	5,19	4,24	3,94
Castilla - La Mancha	2,92	4,98	9,75	7,69	6,30	5,84	3,94
Cataluña	3,10	2,00	3,54	8,91	4,35	2,88	2,55
Comunidad Valenciana	5,02	2,00	5,83	4,89	4,42	4,27	3,50
Extremadura	2,92	4,98	9,00	7,49	6,07	5,60	3,94
Galicia	2,00	5,00	7,77	0,20	3,70	4,89	3,49
Madrid (Comunidad de)	2,92	4,98	23,62	8,46	9,71	10,13	3,94
Murcia (Región de)	2,92	4,98	3,02	12,71	5,83	3,63	3,94
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,17	3,22	3,23	3,35
Ceuta	2,92	4,98	3,02	11,82	5,62	3,63	3,94
Melilla	2,92	4,98	3,02	11,82	5,62	3,63	3,94
Media	2,96	4,36	6,37	8,89	5,58	4,53	3,65

Euros						
Técnico	Función	1999	2000	2001	2002	2003
	Administrativa					
Andalucía		25.436,59	25.902,84	26.420,90	27.181,08	28.324,54
Aragón		22.130,11	22.572,97	23.896,93	25.422,26	27.371,44
Asturias (Principado de)		22.130,11	22.572,97	23.896,93	24.875,02	26.335,98
Baleares (Islas)		22.130,11	22.572,97	23.896,93	25.246,70	32.832,50
Canarias		24.929,12	25.427,80	25.936,52	26.455,34	27.128,66
Cantabria		22.130,11	22.572,97	23.896,93	25.290,02	27.586,22
Castilla y León		22.130,11	22.572,97	23.896,93	24.822,80	26.857,10
Castilla - La Mancha		22.130,11	22.572,97	23.896,93	25.847,42	27.304,22
Cataluña		22.225,81	22.914,81	23.373,15	24.212,62	25.869,36
Comunidad Valenciana		24.687,96	24.571,26	25.062,32	26.296,82	27.400,82
Extremadura		22.130,11	22.572,97	23.896,93	25.149,14	26.426,30
Galicia		22.489,08	22.938,98	23.397,70	24.483,34	25.163,12
Madrid (Comunidad de)		22.130,11	22.572,97	23.896,93	24.598,82	26.339,20
Murcia (Región de)		22.130,11	22.572,97	23.896,93	24.375,02	27.530,06
País Vasco		25.515,72	26.204,64	27.252,84	28.070,42	28.975,86
Ceuta		22.130,11	22.572,97	23.896,93	24.375,02	26.907,14
Melilla		22.130,11	22.572,97	23.896,93	24.375,02	26.907,14
Media		22.865,62	23.309,59	24.371,16	25.357,46	27.368,22
Coefficiente de variación		0,0576	0,0562	0,0457	0,0431	0,0608

Porcentajes de variación interanual

Técnico	Función	2000	2001	2002	2003	TAM	TAM	TAM
	Administrativa					99/03	99/02	99/01
Andalucía		1,83	2,00	2,88	4,21	2,72	2,24	1,92
Aragón		2,00	5,87	6,38	7,67	5,46	4,73	3,92
Asturias (Principado de)		2,00	5,87	4,09	5,87	4,45	3,97	3,92
Baleares (Islas)		2,00	5,87	5,65	30,05	10,36	4,49	3,92
Canarias		2,00	2,00	2,00	2,55	2,14	2,00	2,00
Cantabria		2,00	5,87	5,83	9,08	5,66	4,55	3,92
Castilla y León		2,00	5,87	3,87	8,20	4,96	3,90	3,92
Castilla - La Mancha		2,00	5,87	8,16	5,64	5,39	5,31	3,92
Cataluña		3,10	2,00	3,59	6,84	3,87	2,90	2,55
Comunidad Valenciana		-0,47	2,00	4,93	4,20	2,64	2,13	0,76
Extremadura		2,00	5,87	5,24	5,08	4,54	4,35	3,92
Galicia		2,00	2,00	4,64	2,78	2,85	2,87	2,00
Madrid (Comunidad de)		2,00	5,87	2,94	7,08	4,45	3,59	3,92
Murcia (Región de)		2,00	5,87	2,00	12,94	5,61	3,27	3,92
País Vasco		2,70	4,00	3,00	3,23	3,23	3,23	3,35
Ceuta		2,00	5,87	2,00	10,39	5,01	3,27	3,92
Melilla		2,00	5,87	2,00	10,39	5,01	3,27	3,92
Media		1,95	4,62	4,07	8,01	4,61	3,53	3,27

Euros					
Gestión Función Administrativa	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	19.020,66	19.369,31	19.756,54	20.350,16	21.388,14
Aragón	16.174,89	16.867,95	17.790,83	19.292,00	20.670,54
Asturias (Principado de)	16.174,89	16.867,95	17.790,83	19.214,26	20.705,78
Baleares (Islas)	16.174,89	16.867,95	17.790,83	19.229,72	22.896,18
Canarias	20.746,16	22.212,60	22.657,01	23.110,16	23.748,76
Cantabria	16.174,89	16.867,95	17.790,83	19.119,92	21.040,24
Castilla y León	16.174,89	16.867,95	17.790,83	18.926,30	20.448,28
Castilla - La Mancha	16.174,89	16.867,95	17.790,83	19.803,68	20.977,24
Cataluña	16.277,82	16.782,43	17.118,22	17.736,08	19.923,28
Comunidad Valenciana	16.593,10	18.670,43	19.043,86	20.007,80	20.882,08
Extremadura	16.174,89	16.867,95	17.790,83	19.371,08	20.527,84
Galicia	16.400,04	16.727,98	17.856,04	19.360,62	19.911,76
Madrid (Comunidad de)	16.174,89	16.867,95	17.790,83	19.519,76	20.959,26
Murcia (Región de)	16.174,89	16.867,95	17.790,83	18.601,76	20.922,28
País Vasco	20.450,10	21.002,26	21.842,35	22.497,62	23.236,52
Ceuta	16.174,89	16.867,95	17.790,83	18.601,76	20.634,64
Melilla	16.174,89	16.867,95	17.790,83	18.601,76	20.634,64
Media	16.906,57	17.665,44	18.469,01	19.608,50	21.147,50
Coefficiente de variación	0,0916	0,0943	0,0836	0,0688	0,0519

Porcentajes de variación interanual

Gestión Función Administrativa	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	2,00	3,00	5,10	2,98	2,28	1,92
Aragón	4,28	5,47	8,44	7,15	6,32	6,05	4,88
Asturias (Principado de)	4,28	5,47	8,00	7,76	6,37	5,91	4,88
Baleares (Islas)	4,28	5,47	8,09	19,07	9,08	5,94	4,88
Canarias	7,07	2,00	2,00	2,76	3,44	3,66	4,50
Cantabria	4,28	5,47	7,47	10,04	6,80	5,73	4,88
Castilla y León	4,28	5,47	6,38	8,04	6,04	5,38	4,88
Castilla - La Mancha	4,28	5,47	11,31	5,93	6,72	6,98	4,88
Cataluña	3,10	2,00	3,61	12,33	5,18	2,90	2,55
Comunidad Valenciana	12,52	2,00	5,06	4,37	5,92	6,44	7,13
Extremadura	4,28	5,47	8,88	5,97	6,14	6,20	4,88
Galicia	2,00	6,74	8,43	2,85	4,97	5,69	4,34
Madrid (Comunidad de)	4,28	5,47	9,72	7,37	6,69	6,47	4,88
Murcia (Región de)	4,28	5,47	4,56	12,47	6,65	4,77	4,88
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,28	3,24	3,23	3,35
Ceuta	4,28	5,47	4,56	10,93	6,28	4,77	4,88
Melilla	4,28	5,47	4,56	10,93	6,28	4,77	4,88
Media	4,49	4,64	6,30	8,02	5,83	5,13	4,55

Euros					
Administrativo Función Administrativa	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	14.665,59	14.934,41	15.233,02	15.686,84	16.631,02
Aragón	12.408,42	12.776,91	13.418,14	14.599,64	15.768,94
Asturias (Principado de)	12.408,42	12.776,91	13.418,14	14.500,12	15.848,32
Baleares (Islas)	12.408,42	12.776,91	13.418,14	14.442,86	18.284,34
Canarias	15.116,64	15.419,20	15.727,68	16.042,40	16.502,12
Cantabria	12.408,42	12.776,91	13.418,14	14.256,32	15.501,92
Castilla y León	12.408,42	12.776,91	13.418,14	14.144,54	15.309,56
Castilla - La Mancha	12.408,42	12.776,91	13.418,14	14.826,68	15.727,74
Cataluña	14.057,58	14.493,36	14.783,32	15.312,92	17.178,92
Comunidad Valenciana	13.471,46	14.563,17	14.854,28	16.064,98	16.410,06
Extremadura	12.408,42	12.776,91	13.418,14	14.659,64	15.717,52
Galicia	12.740,88	12.995,76	13.688,50	15.165,92	15.166,68
Madrid (Comunidad de)	12.408,42	12.776,91	13.418,14	14.796,08	16.757,22
Murcia (Región de)	12.408,42	12.776,91	13.418,14	13.895,12	15.681,56
País Vasco	17.298,16	17.765,21	18.475,82	19.030,09	19.644,63
Ceuta	12.408,42	12.776,91	13.418,14	13.895,12	15.539,60
Melilla	12.408,42	12.776,91	13.418,14	13.895,12	15.539,60
Media	13.167,23	13.571,60	14.138,95	15.012,61	16.306,46
Coefficiente de variación	0,1049	0,1042	0,0958	0,0831	0,0717

Porcentajes de variación interanual

Administrativo Función Administrativa	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	2,00	2,98	6,02	3,19	2,27	1,92
Aragón	2,97	5,02	8,81	8,01	6,17	5,57	3,99
Asturias (Principado de)	2,97	5,02	8,06	9,30	6,31	5,33	3,99
Baleares (Islas)	2,97	5,02	7,64	26,60	10,18	5,19	3,99
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,87	2,22	2,00	2,00
Cantabria	2,97	5,02	6,25	8,74	5,72	4,74	3,99
Castilla y León	2,97	5,02	5,41	8,24	5,39	4,46	3,99
Castilla - La Mancha	2,97	5,02	10,50	6,08	6,11	6,11	3,99
Cataluña	3,10	2,00	3,58	12,19	5,14	2,89	2,55
Comunidad Valenciana	8,10	2,00	8,15	2,15	5,06	6,04	5,01
Extremadura	2,97	5,02	9,25	7,22	6,09	5,71	3,99
Galicia	2,00	5,33	10,79	0,01	4,45	5,98	3,65
Madrid (Comunidad de)	2,97	5,02	10,27	13,25	7,80	6,04	3,99
Murcia (Región de)	2,97	5,02	3,55	12,86	6,03	3,84	3,99
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,23	3,23	3,23	3,35
Ceuta	2,97	5,02	3,55	11,83	5,79	3,84	3,99
Melilla	2,97	5,02	3,55	11,83	5,79	3,84	3,99
Media	3,08	4,27	6,32	8,85	5,57	4,54	3,67

Euros					
Auxiliar Función Administrativa	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	12.382,16	12.609,13	12.861,46	13.239,74	14.164,18
Aragón	10.643,20	10.946,33	11.473,77	12.668,66	13.574,98
Asturias (Principado de)	10.643,20	10.946,33	11.473,77	12.738,86	13.959,26
Baleares (Islas)	10.643,20	10.946,33	11.473,77	12.149,54	15.090,46
Canarias	11.996,63	12.236,71	12.481,60	12.731,42	13.108,16
Cantabria	10.643,20	10.946,33	11.473,77	12.707,66	14.439,82
Castilla y León	10.643,20	10.946,33	11.473,77	12.401,72	13.421,00
Castilla - La Mancha	10.643,20	10.946,33	11.473,77	12.995,18	13.782,80
Cataluña	12.962,33	13.364,16	13.631,58	14.113,22	15.237,80
Comunidad Valenciana	12.092,90	12.327,85	12.574,40	13.317,38	13.957,04
Extremadura	10.643,20	10.946,33	11.473,77	12.547,34	13.519,66
Galicia	11.304,86	11.530,98	12.122,12	12.979,56	13.361,36
Madrid (Comunidad de)	10.643,20	10.946,33	11.473,77	12.710,18	13.926,80
Murcia (Región de)	10.643,20	10.946,33	11.473,77	12.183,86	13.756,76
País Vasco	16.134,94	16.570,58	17.233,40	17.750,41	18.316,23
Ceuta	10.643,20	10.946,33	11.473,77	11.826,14	13.281,44
Melilla	10.643,20	10.946,33	11.473,77	11.826,14	13.281,44
Media	11.408,77	11.708,77	12.183,30	12.993,35	14.128,19
Coefficiente de variación	0,1258	0,1250	0,1194	0,1038	0,0874

Porcentajes de variación interanual

Auxiliar Función Administrativa	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	2,00	2,94	6,98	3,42	2,26	1,92
Aragón	2,85	4,82	10,41	7,15	6,27	5,98	3,83
Asturias (Principado de)	2,85	4,82	11,03	9,58	7,02	6,17	3,83
Baleares (Islas)	2,85	4,82	5,89	24,21	9,12	4,51	3,83
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,96	2,24	2,00	2,00
Cantabria	2,85	4,82	10,75	13,63	7,93	6,09	3,83
Castilla y León	2,85	4,82	8,09	8,22	5,97	5,23	3,83
Castilla - La Mancha	2,85	4,82	13,26	6,06	6,68	6,88	3,83
Cataluña	3,10	2,00	3,53	7,97	4,13	2,88	2,55
Comunidad Valenciana	1,94	2,00	5,91	4,80	3,65	3,27	1,97
Extremadura	2,85	4,82	9,36	7,75	6,16	5,64	3,83
Galicia	2,00	5,13	7,07	2,94	4,27	4,71	3,55
Madrid (Comunidad de)	2,85	4,82	10,78	9,57	6,95	6,09	3,83
Murcia (Región de)	2,85	4,82	6,19	12,91	6,63	4,61	3,83
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,19	3,22	3,23	3,35
Ceuta	2,85	4,82	3,07	12,31	5,69	3,58	3,83
Melilla	2,85	4,82	3,07	12,31	5,69	3,58	3,83
Media	2,64	4,13	6,84	8,97	5,59	4,51	3,38

Euros					
Celador con turnos atención directa al enfermo	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	11.208,17	11.413,62	12.023,56	12.465,28	13.688,30
Aragón	10.985,29	11.277,44	11.793,59	12.561,32	13.432,24
Asturias (Principado de)	10.985,29	11.277,44	11.793,59	12.559,00	13.569,74
Baleares (Islas)	10.985,29	11.277,44	11.793,59	12.737,84	15.238,60
Canarias	11.435,25	11.664,15	11.897,63	12.135,80	12.492,26
Cantabria	10.985,29	11.277,44	11.793,59	12.235,88	13.216,00
Castilla y León	10.985,29	11.277,44	11.793,59	12.307,52	13.184,54
Castilla - La Mancha	10.985,29	11.277,44	11.793,59	13.303,40	14.017,34
Cataluña	11.583,19	11.942,27	12.181,20	12.608,80	13.762,92
Comunidad Valenciana	11.848,78	12.328,90	12.575,36	13.227,20	13.824,14
Extremadura	10.985,29	11.277,44	11.793,59	12.765,08	13.651,44
Galicia	11.217,10	11.441,26	11.976,76	12.835,72	12.885,18
Madrid (Comunidad de)	10.985,29	11.277,44	11.793,59	14.242,47	15.214,58
Murcia (Región de)	10.985,29	11.277,44	11.793,59	12.134,00	13.456,10
País Vasco	15.181,30	16.193,94	16.841,65	17.356,87	17.898,83
Ceuta	10.985,29	11.277,44	11.793,59	12.134,00	13.321,46
Melilla	10.985,29	11.277,44	11.793,59	12.134,00	13.321,46
Media	11.371,29	11.708,00	12.189,74	12.926,13	13.892,65
Coefficiente de variación	0,0893	0,1019	0,0998	0,0979	0,0897

Porcentajes de variación interanual

					TAM	TAM	TAM
Celador con turnos atención directa al enfermo	2000	2001	2002	2003	99/03	99/02	99/01
Andalucía	1,83	5,34	3,67	9,81	5,12	3,61	3,57
Aragón	2,66	4,58	6,51	6,93	5,16	4,57	3,61
Asturias (Principado de)	2,66	4,58	6,49	8,05	5,42	4,56	3,61
Baleares (Islas)	2,66	4,58	8,01	19,63	8,53	5,06	3,61
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,94	2,23	2,00	2,00
Cantabria	2,66	4,58	3,75	8,01	4,73	3,66	3,61
Castilla y León	2,66	4,58	4,36	7,13	4,67	3,86	3,61
Castilla - La Mancha	2,66	4,58	12,80	5,37	6,28	6,59	3,61
Cataluña	3,10	2,00	3,51	9,15	4,40	2,87	2,55
Comunidad Valenciana	4,05	2,00	5,18	4,51	3,93	3,74	3,02
Extremadura	2,66	4,58	8,24	6,94	5,58	5,13	3,61
Galicia	2,00	4,68	7,17	0,39	3,53	4,60	3,33
Madrid (Comunidad de)	2,66	4,58	20,76	6,83	8,48	9,04	3,61
Murcia (Región de)	2,66	4,58	2,89	10,90	5,20	3,37	3,61
País Vasco	6,67	4,00	3,06	3,12	4,20	4,57	5,33
Ceuta	2,66	4,58	2,89	9,79	4,94	3,37	3,61
Melilla	2,66	4,58	2,89	9,79	4,94	3,37	3,61
Media	2,88	4,14	6,13	7,60	5,14	4,35	3,50

Euros					
Pinche sin turnos	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	11.000,38	11.202,01	11.426,08	11.679,40	12.658,46
Aragón	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.707,60	12.539,30
Asturias (Principado de)	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.718,72	12.704,28
Baleares (Islas)	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.555,92	14.633,30
Canarias	10.678,29	10.892,03	11.110,13	11.332,48	11.664,50
Cantabria	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.533,12	12.675,14
Castilla y León	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.467,24	12.319,10
Castilla - La Mancha	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.962,24	12.641,18
Cataluña	10.898,90	11.236,77	11.461,57	11.864,92	12.994,44
Comunidad Valenciana	10.946,86	11.165,88	11.389,24	12.017,08	12.566,78
Extremadura	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.924,80	12.794,40
Galicia	10.255,50	10.460,40	10.976,26	12.020,88	12.045,78
Madrid (Comunidad de)	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.803,72	12.629,90
Murcia (Región de)	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.293,02	12.590,78
País Vasco	14.071,16	14.451,09	15.029,14	15.480,01	15.972,33
Ceuta	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.293,72	12.456,14
Melilla	10.228,30	10.505,30	10.969,92	11.293,72	12.456,14
Media	10.609,55	10.880,38	11.297,74	11.879,33	12.843,64
Coefficiente de variación	0,0884	0,0884	0,0865	0,0811	0,0779

Porcentajes de variación interanual

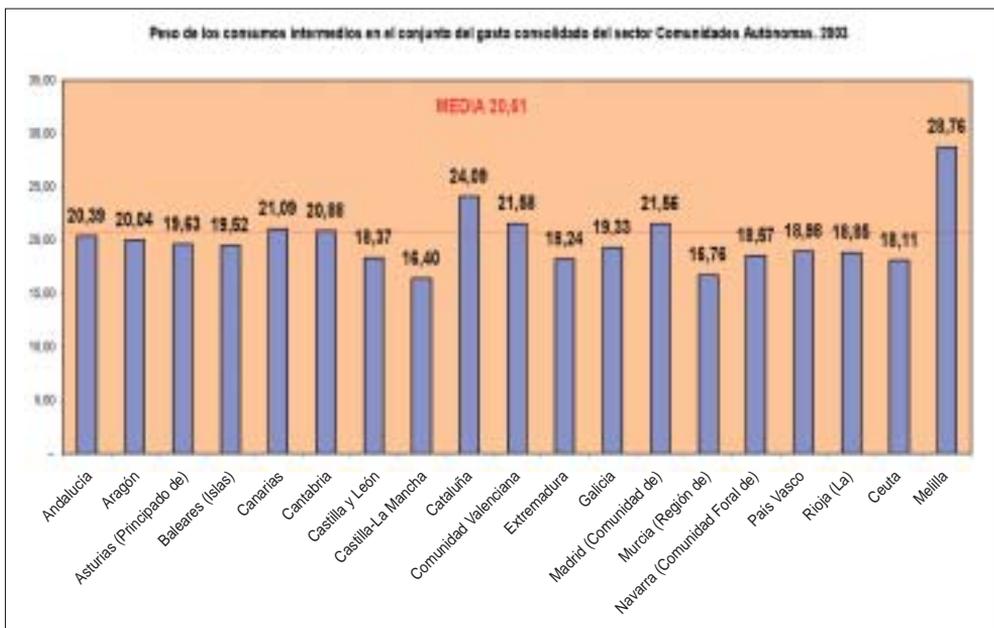
Pinche sin turnos	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	1,83	2,00	2,22	8,38	3,57	2,02	1,92
Aragón	2,71	4,42	6,72	7,10	5,22	4,61	3,56
Asturias (Principado de)	2,71	4,42	6,83	8,41	5,57	4,64	3,56
Baleares (Islas)	2,71	4,42	5,34	26,63	9,37	4,15	3,56
Canarias	2,00	2,00	2,00	2,93	2,23	2,00	2,00
Cantabria	2,71	4,42	5,13	9,90	5,51	4,08	3,56
Castilla y León	2,71	4,42	4,53	7,43	4,76	3,88	3,56
Castilla - La Mancha	2,71	4,42	9,05	5,68	5,44	5,36	3,56
Cataluña	3,10	2,00	3,52	9,52	4,49	2,87	2,55
Comunidad Valenciana	2,00	2,00	5,51	4,57	3,51	3,16	2,00
Extremadura	2,71	4,42	8,70	7,29	5,76	5,25	3,56
Galicia	2,00	4,93	9,52	0,21	4,10	5,44	3,45
Madrid (Comunidad de)	2,71	4,42	7,60	7,00	5,41	4,89	3,56
Murcia (Región de)	2,71	4,42	2,95	11,49	5,33	3,36	3,56
País Vasco	2,70	4,00	3,00	3,18	3,22	3,23	3,35
Ceuta	2,71	4,42	2,95	10,29	5,05	3,36	3,56
Melilla	2,71	4,42	2,95	10,29	5,05	3,36	3,56
Media	2,55	3,86	5,21	8,25	4,92	3,86	3,20

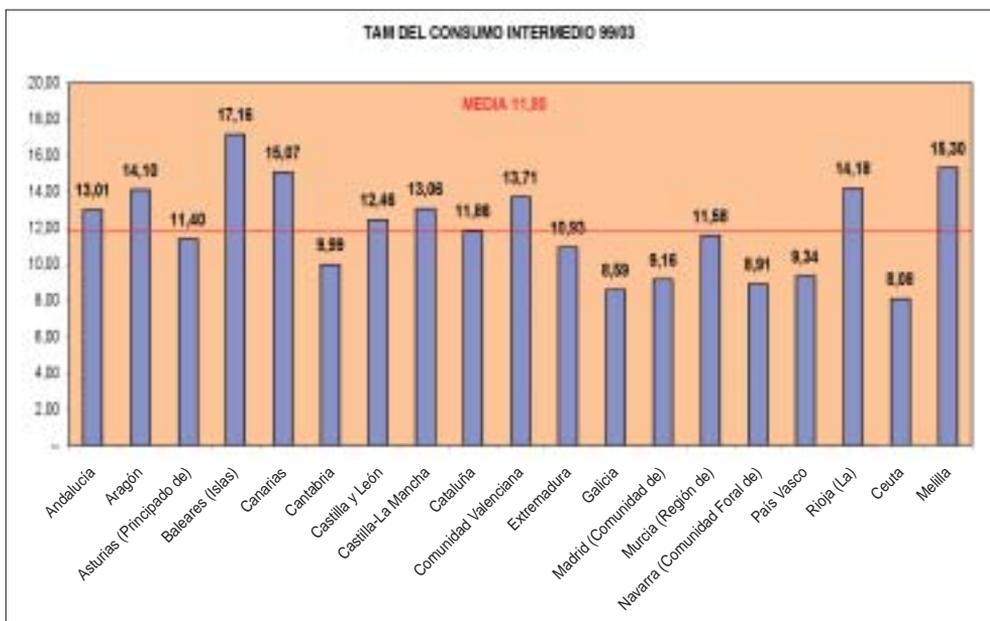
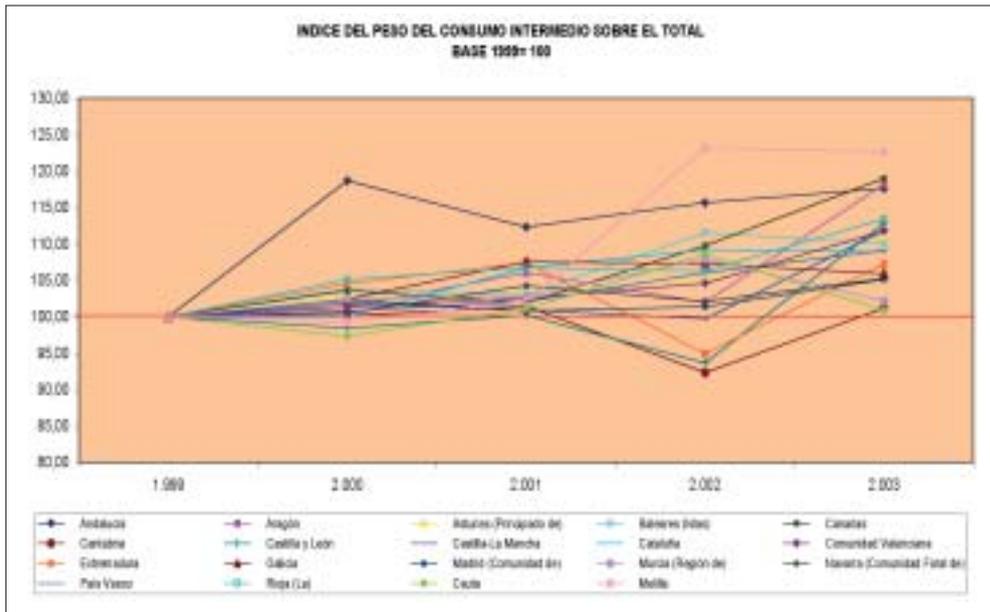
II.2.6.2. *El consumo intermedio*

El consumo intermedio representa, en 2003, el 20,61% del gasto consolidado del sector Comunidades y Ciudades Autónomas, con un rango de variación por comunidades entre 16,40% y 28,76%.

Por lo que se refiere a la evolución entre 1999 y 2003, el consumo intermedio ha ganado peso en todas las comunidades.

Durante el periodo de análisis, el consumo intermedio en el conjunto del sector ha crecido en términos medios un 11,80% anual, pasando de tasas de crecimiento anual del 13,11% en el año 2000 a 16,30% en el 2003. Por Comunidades Autónomas, el incremento anual medio entre 1999 y 2003 oscila entre un 8,08% y un 17,16%.





CONSUMOS INTERMEDIOS

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	804.920	1.080.993	1.066.886	1.174.775	1.312.646
Aragón	145.662	157.301	181.053	187.832	246.880
Asturias (Principado de)	140.627	153.449	166.372	182.674	216.542
Baleares (Islas)	85.514	94.935	104.026	139.116	161.135
Canarias	216.801	245.238	256.851	310.344	380.150
Cantabria	80.647	87.585	99.306	100.320	118.023
Castilla y León	273.821	291.163	316.006	315.967	437.934
Castilla-La Mancha	161.745	177.028	190.732	217.130	264.293
Cataluña	961.623	1.044.506	1.191.922	1.327.703	1.505.750
Comunidad Valenciana	516.277	578.045	628.869	707.031	863.038
Extremadura	123.905	139.612	151.283	156.788	187.629
Galicia	354.247	384.043	437.671	456.307	492.520
Madrid (Comunidad de)	699.501	753.157	805.600	863.800	993.064
Murcia (Región de)	122.138	137.817	150.756	174.414	189.290
Navarra (Comunidad Foral de)	80.804	87.297	95.445	101.089	113.684
País Vasco	281.326	299.672	325.438	363.086	402.103
Rioja (La)	30.172	34.671	37.977	43.073	51.289
Ceuta	7.998	8.234	9.083	10.725	10.915
Melilla	10.138	11.420	13.042	16.543	17.916
Gasto consolidado del sector CCAA	5.097.866	5.766.165	6.228.317	6.848.719	7.964.802

CONSUMOS INTERMEDIOS

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	17,33	20,57	19,47	20,04	20,39
Aragón	16,95	17,19	17,98	17,28	20,04
Asturias (Principado de)	17,72	18,21	18,36	18,60	19,63
Baleares (Islas)	17,75	18,44	18,28	19,79	19,52
Canarias	17,72	18,36	18,06	19,45	21,09
Cantabria	20,64	20,67	20,93	19,05	20,88
Castilla y León	16,28	16,03	16,31	15,25	18,37
Castilla-La Mancha	14,67	14,94	14,81	14,63	16,40
Cataluña	22,12	22,11	23,61	24,15	24,09
Comunidad Valenciana	19,30	19,56	19,81	20,19	21,58
Extremadura	17,00	17,77	18,26	16,14	18,24
Galicia	18,25	18,70	19,63	19,58	19,33
Madrid (Comunidad de)	20,50	20,98	20,66	20,79	21,56
Murcia (Región de)	16,40	16,81	16,86	17,70	16,76
Navarra (Comunidad Foral de)	17,65	17,74	18,41	18,02	18,57
País Vasco	17,39	17,53	17,76	18,45	18,98
Rioja (La)	16,62	17,47	17,74	17,66	18,85
Ceuta	17,96	17,47	18,17	19,51	18,11
Melilla	23,45	23,28	23,95	28,89	28,76
Gasto consolidado del sector CCAA	18,62	19,41	19,57	19,77	20,61

CONSUMOS INTERMEDIOS

	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	34,30	-1,31	10,11	11,74	13,01	13,43	15,13
Aragón	7,99	15,10	3,74	31,44	14,10	8,84	11,49
Asturias (Principado de)	9,12	8,42	9,80	18,54	11,40	9,11	8,77
Baleares (Islas)	11,02	9,58	33,73	15,83	17,16	17,61	10,29
Canarias	13,12	4,74	20,83	22,49	15,07	12,70	8,85
Cantabria	8,60	13,38	1,02	17,65	9,99	7,55	10,97
Castilla y León	6,33	8,53	-0,01	38,60	12,46	4,89	7,43
Castilla-La Mancha	9,45	7,74	13,84	21,72	13,06	10,31	8,59
Cataluña	8,62	14,11	11,39	13,41	11,86	11,35	11,33
Comunidad Valenciana	11,96	8,79	12,43	22,07	13,71	11,05	10,37
Extremadura	12,68	8,36	3,64	19,67	10,93	8,16	10,50
Galicia	8,41	13,96	4,26	7,94	8,59	8,81	11,15
Madrid (Comunidad de)	7,67	6,96	7,22	14,96	9,16	7,29	7,32
Murcia (Región de)	12,84	9,39	15,69	8,53	11,58	12,61	11,10
Navarra (Comunidad Foral de)	8,04	9,33	5,91	12,46	8,91	7,75	8,68
Pais Vasco	6,52	8,60	11,57	10,75	9,34	8,88	7,55
Rioja (La)	14,91	9,53	13,42	19,07	14,18	12,60	12,19
Ceuta	2,95	10,31	18,08	1,77	8,08	10,27	6,57
Melilla	12,65	14,20	26,85	8,30	15,30	17,73	13,42
Gasto consolidado del sector CCAA	13,11	8,01	9,96	16,30	11,80	10,34	10,53

II.2.6.3. *Los conciertos*

En el análisis de los conciertos, se ha de tener en cuenta que la Comunidad Autónoma de Cataluña, donde esta partida tiene un peso significativamente superior que en el resto de comunidades, los ha distribuido entre el resto de conceptos de la clasificación, dejando únicamente como gasto de conciertos el relativo a los conciertos de atención especializada de diagnóstico y transporte sanitario.

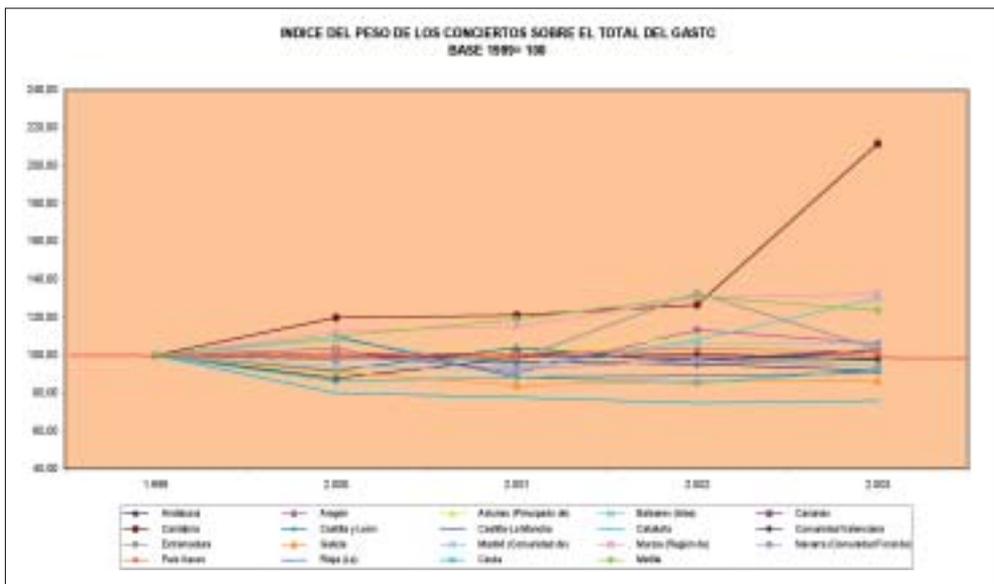
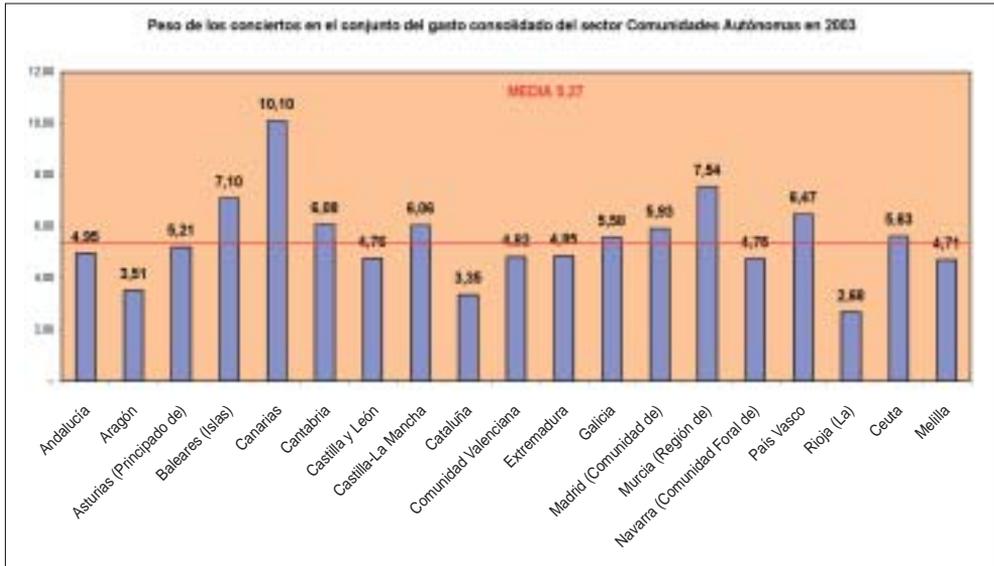
En 2003, un 5,28% del gasto sanitario consolidado del sector de Comunidades y Ciudades Autónomas se destinó a conciertos. Con un recorrido por comunidades entre 2,68% y 10,10%.

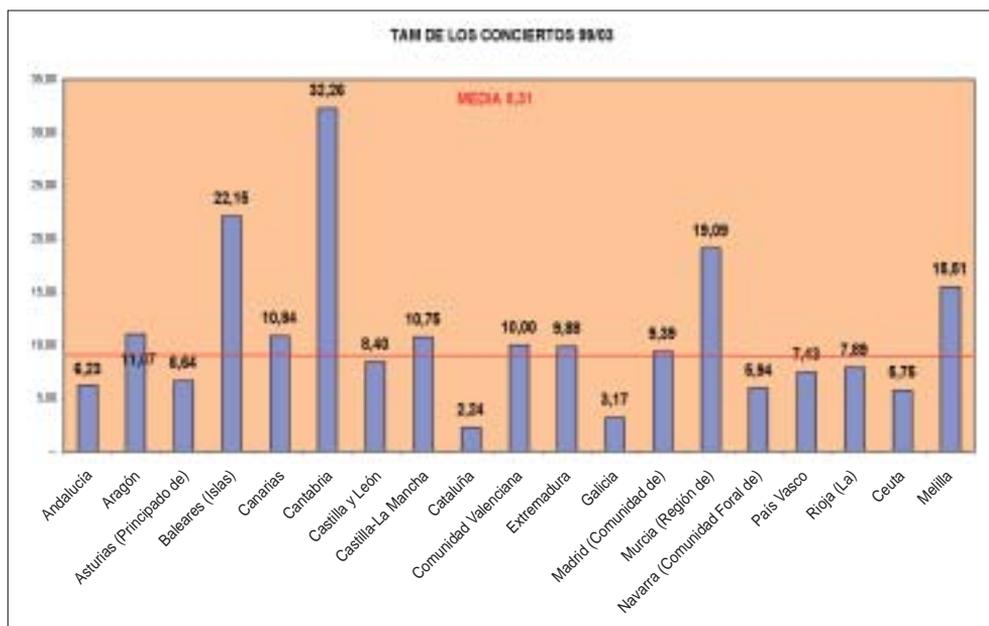
Los conciertos han perdido peso en el conjunto del gasto en nueve territorios y han ganado en diez. En el conjunto del sector, han perdido peso durante el periodo de análisis.

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual media del periodo, ésta ha sido de 8,32%, pasando de un crecimiento anual en el año 2000 de 3,36% a uno del 11,14% en 2003. Se observan importantes diferencias en el crecimiento de los conciertos, con tasas medias anuales entre 1999 y 2003 que oscilan desde 2,24% hasta 32,26%.

II. Descripción del Gasto Sanitario

II.2. Gasto consolidado del sector Comunidades Autónomas





CONCIERTOS

Miles de euros corrientes

	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	250.513	287.323	284.630	301.614	319.009
Aragón	28.449	31.332	30.196	40.756	43.295
Asturias (Principado de)	44.407	47.932	51.377	60.261	57.428
Baleares (Islas)	26.337	30.481	29.180	41.466	58.628
Canarias	121.362	129.429	142.608	153.838	183.208
Cantabria	11.237	14.598	16.520	19.179	34.389
Castilla y León	82.132	81.586	98.237	97.974	113.421
Castilla-La Mancha	64.920	70.420	76.394	85.322	97.677
Cataluña	191.764	166.346	173.277	181.113	209.526
Comunidad Valenciana	131.759	128.030	154.372	173.611	192.887
Extremadura	34.237	36.119	38.077	60.643	49.901
Galicia	125.561	121.110	121.033	129.905	142.236
Madrid (Comunidad de)	190.651	188.418	201.113	247.316	272.954
Murcia (Región de)	42.368	52.457	58.641	73.109	85.210
Navarra (Comunidad Foral de)	23.067	24.665	24.304	27.434	29.053
País Vasco	102.918	109.981	117.099	129.486	137.105
Rioja (La)	5.382	6.471	5.606	6.436	7.292
Ceuta	2.714	2.483	2.690	2.860	3.394
Melilla	1.649	2.056	2.465	2.864	2.935
Gasto consolidado del sector CCAA	1.481.428	1.531.237	1.627.819	1.835.185	2.039.548

CONCIERTOS

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	5,39	5,47	5,19	5,15	4,95
Aragón	3,31	3,42	3,00	3,75	3,51
Asturias (Principado de)	5,60	5,69	5,67	6,14	5,21
Baleares (Islas)	5,47	5,92	5,13	5,90	7,10
Canarias	9,92	9,69	10,03	9,64	10,10
Cantabria	2,88	3,44	3,48	3,64	6,08
Castilla y León	4,88	4,49	5,07	4,73	4,76
Castilla-La Mancha	5,89	5,94	5,93	5,75	6,06
Cataluña	4,41	3,52	3,43	3,29	3,35
Comunidad Valenciana	4,93	4,33	4,86	4,96	4,82
Extremadura	4,70	4,60	4,60	6,24	4,85
Galicia	6,47	5,90	5,43	5,57	5,58
Madrid (Comunidad de)	5,59	5,25	5,16	5,95	5,93
Murcia (Región de)	5,69	6,40	6,56	7,42	7,54
Navarra (Comunidad Foral de)	5,04	5,01	4,69	4,89	4,75
País Vasco	6,36	6,43	6,39	6,58	6,47
Rioja (La)	2,96	3,26	2,62	2,64	2,68
Ceuta	6,09	5,27	5,38	5,20	5,63
Melilla	3,81	4,19	4,53	5,00	4,71
Gasto consolidado del sector CCAA	5,41	5,15	5,11	5,30	5,28

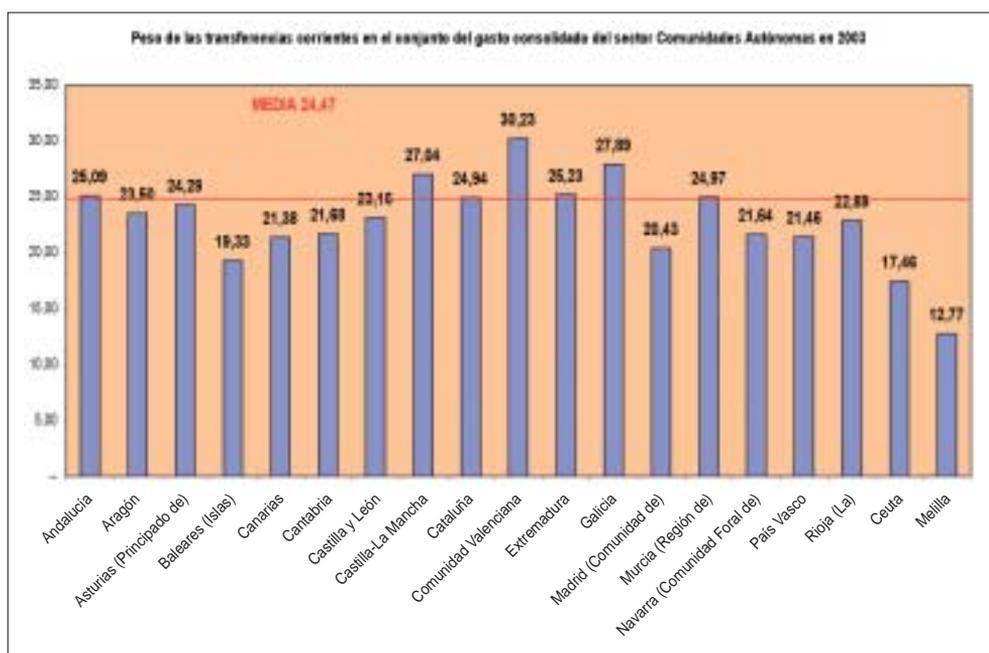
CONCIERTOS

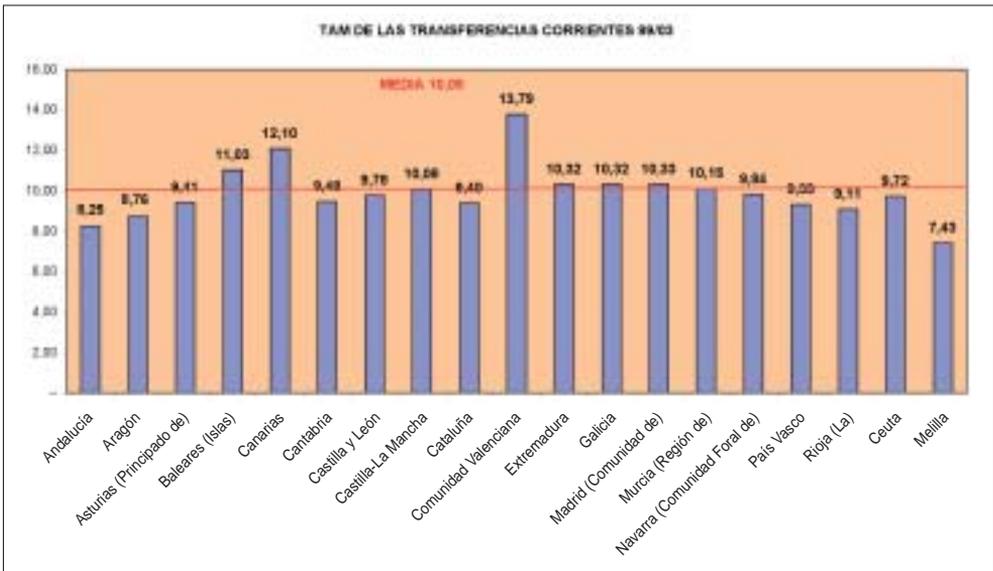
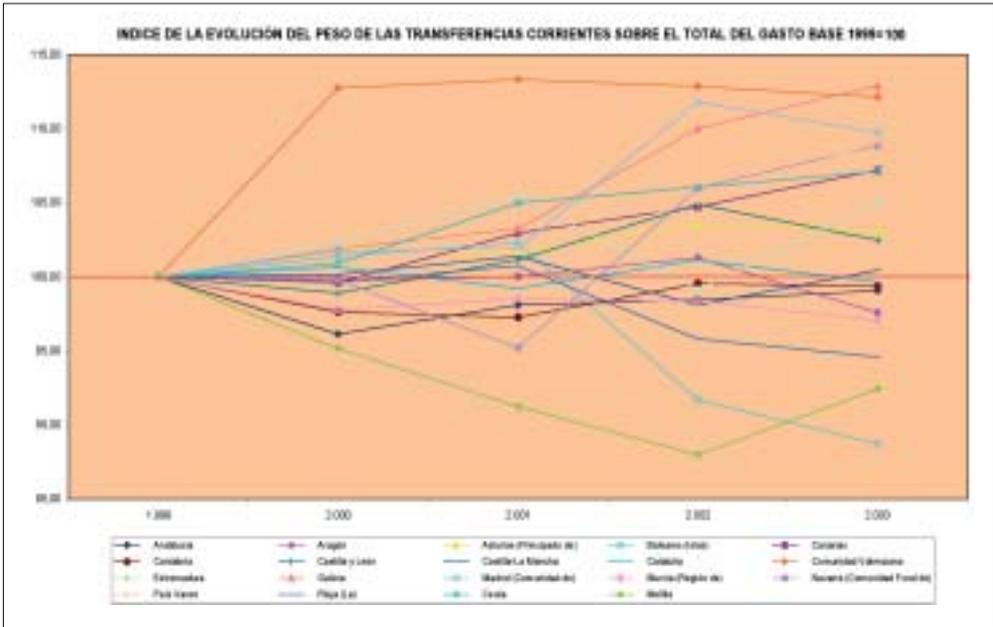
	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	14,69	-0,94	5,97	5,77	6,23	6,38	6,59
Aragón	10,13	-3,63	34,97	6,23	11,07	12,73	3,02
Asturias (Principado de)	7,94	7,19	17,29	-4,70	6,64	10,71	7,56
Baleares (Islas)	15,73	-4,27	42,10	41,39	22,15	16,33	5,26
Canarias	6,65	10,18	7,87	19,09	10,84	8,22	8,40
Cantabria	29,90	13,17	16,10	79,30	32,26	19,51	21,25
Castilla y León	-0,66	20,41	-0,27	15,77	8,40	6,06	9,37
Castilla-La Mancha	8,47	8,48	11,69	14,48	10,75	9,54	8,48
Cataluña	-13,26	4,17	4,52	15,69	2,24	-1,89	-4,94
Comunidad Valenciana	-2,83	20,57	12,46	11,10	10,00	9,63	8,24
Extremadura	5,50	5,42	59,27	-17,71	9,88	20,99	5,46
Galicia	-3,55	-0,06	7,33	9,49	3,17	1,14	-1,82
Madrid (Comunidad de)	-1,17	6,74	22,97	10,37	9,39	9,06	2,71
Murcia (Región de)	23,81	11,79	24,67	16,55	19,09	19,94	17,65
Navarra (Comunidad Foral de)	6,93	-1,46	12,88	5,90	5,94	5,95	2,65
País Vasco	6,86	6,47	10,58	5,88	7,43	7,96	6,67
Rioja (La)	20,25	-13,37	14,80	13,31	7,89	6,14	2,06
Ceuta	-8,51	8,34	6,32	18,68	5,75	1,76	-0,44
Melilla	24,71	19,87	16,18	2,48	15,51	20,21	22,27
Gasto consolidado del sector CCAA	3,36	6,31	12,74	11,14	8,32	7,40	4,82

II.2.6.4. *Las transferencias corrientes*

Las transferencias corrientes en el conjunto del gasto sanitario público corresponden fundamentalmente al gasto en recetas médicas, el resto incorpora los reintegros para prótesis y aparatos terapéuticos así como otras transferencias corrientes. Representan, en 2003, el 24,47% del gasto consolidado del sector Comunidades y Ciudades Autónomas. Esta componente, como pauta general, ha ganado peso en el total a lo largo del periodo analizado (gana en once comunidades).

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo, ésta ha sido de 10,09%, pasando de una tasa de crecimiento anual de 10,09% en el año 2000 a 11,62% en 2003. Por Comunidades Autónomas, el incremento anual medio entre 1999 y 2003 oscila entre un 7,43% y un 13,79%.





TRANSFERENCIAS CORRIENTES

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1.176.576	1.279.943	1.362.063	1.461.827	1.615.641
Aragón	206.902	219.761	242.542	265.036	289.446
Asturias (Principado de)	186.985	202.334	217.111	239.564	267.972
Baleares (Islas)	105.007	113.733	126.822	140.454	159.581
Canarias	243.989	265.357	292.040	333.236	385.294
Cantabria	85.291	90.291	100.704	114.413	122.524
Castilla y León	380.089	405.964	442.754	491.130	552.049
Castilla-La Mancha	296.771	319.489	351.452	391.923	435.731
Cataluña	1.088.367	1.189.974	1.254.050	1.392.170	1.558.863
Comunidad Valenciana	720.970	898.321	969.977	1.065.244	1.208.686
Extremadura	175.186	193.179	209.918	231.400	259.510
Galicia	479.675	516.997	568.839	633.557	710.619
Madrid (Comunidad de)	635.133	679.904	739.879	864.982	940.955
Murcia (Región de)	191.624	206.334	226.598	249.414	282.057
Navarra (Comunidad Foral de)	91.017	97.644	98.110	118.188	132.474
País Vasco	318.189	347.049	366.757	406.696	454.569
Rioja (La)	43.939	47.858	52.179	56.533	62.275
Ceuta	7.257	7.748	8.555	9.502	10.518
Melilla	5.975	6.452	6.867	6.963	7.958
Gasto consolidado del sector CCAA	6.438.942	7.088.334	7.637.217	8.472.31	9.456.724

TRANSFERENCIAS CORRIENTES

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	25,33	24,35	24,85	24,94	25,09
Aragón	24,08	24,02	24,08	24,39	23,50
Asturias (Principado de)	23,56	24,02	23,95	24,39	24,29
Baleares (Islas)	21,79	22,09	22,29	19,98	19,33
Canarias	19,94	19,86	20,53	20,88	21,38
Cantabria	21,82	21,31	21,23	21,73	21,68
Castilla y León	22,59	22,35	22,85	23,70	23,16
Castilla-La Mancha	26,92	26,97	27,30	26,41	27,04
Cataluña	25,03	25,19	24,84	25,32	24,94
Comunidad Valenciana	26,96	30,39	30,55	30,42	30,23
Extremadura	24,03	24,59	25,34	23,82	25,23
Galicia	24,71	25,17	25,51	27,18	27,89
Madrid (Comunidad de)	18,61	18,94	18,97	20,82	20,43
Murcia (Región de)	25,73	25,16	25,35	25,31	24,97
Navarra (Comunidad Foral de)	19,88	19,84	18,92	21,07	21,64
País Vasco	19,67	20,30	20,02	20,66	21,46
Rioja (La)	24,20	24,11	24,37	23,18	22,89
Ceuta	16,30	16,44	17,11	17,28	17,46
Melilla	13,82	13,15	12,61	12,16	12,77
Gasto consolidado del sector CCAA	23,52	23,86	23,99	24,46	24,47

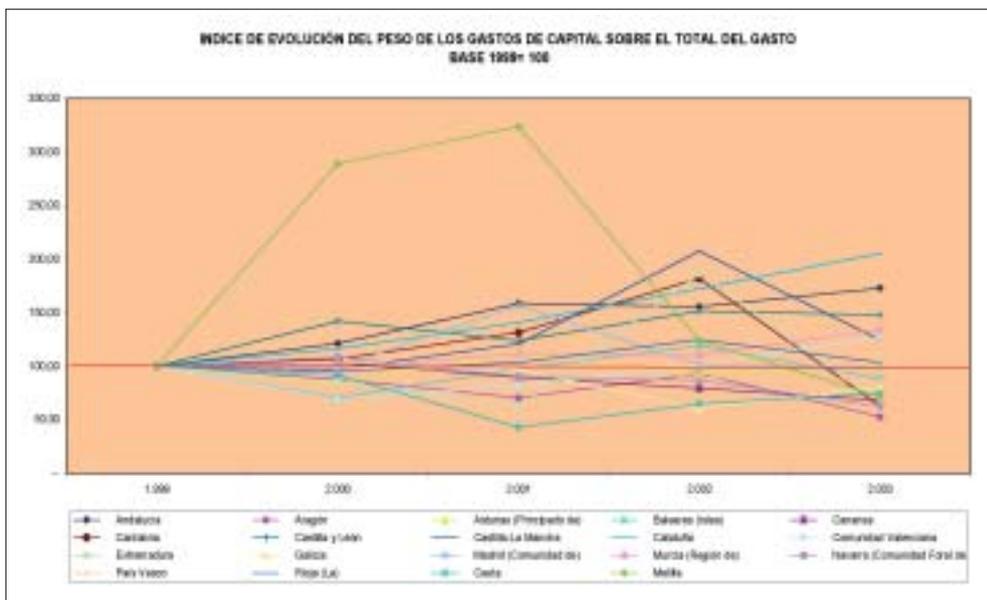
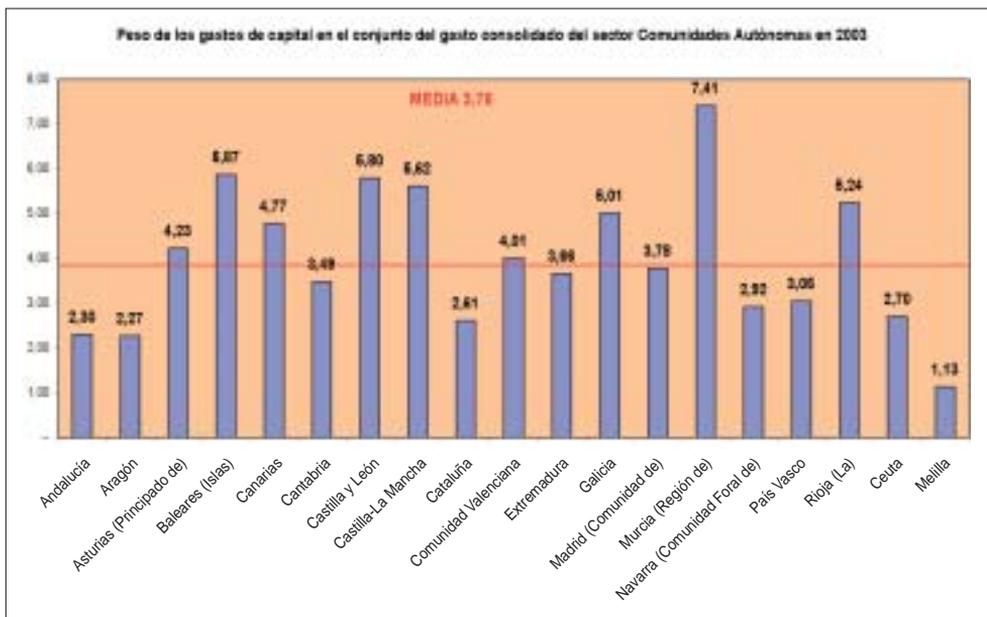
TRANSFERENCIAS CORRIENTES

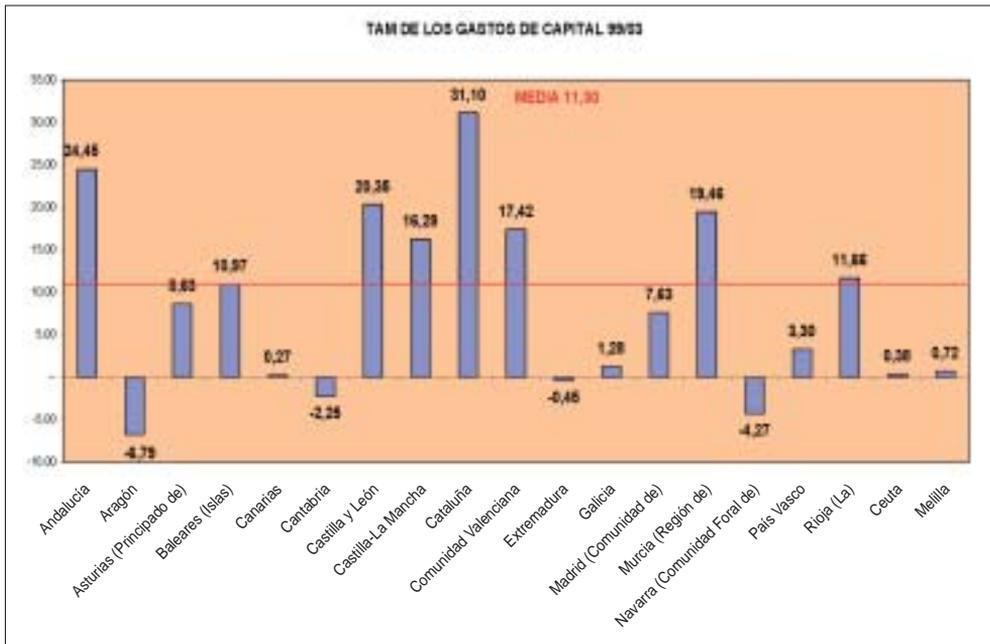
	Porcentaje de variación anual				TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003			
Andalucía	8,79	6,42	7,32	10,52	8,25	7,50	7,59
Aragón	6,22	10,37	9,27	9,21	8,76	8,60	8,27
Asturias (Principado de)	8,21	7,30	10,34	11,86	9,41	8,61	7,76
Baleares (Islas)	8,31	11,51	10,75	13,62	11,03	10,18	9,90
Canarias	8,76	10,06	14,11	15,62	12,10	10,95	9,40
Cantabria	5,86	11,53	13,61	7,09	9,48	10,29	8,66
Castilla y León	6,81	9,06	10,93	12,40	9,78	8,92	7,93
Castilla-La Mancha	7,65	10,00	11,52	11,18	10,08	9,71	8,82
Cataluña	9,34	5,38	11,01	11,97	9,40	8,55	7,34
Comunidad Valenciana	24,60	7,98	9,82	13,47	13,79	13,90	15,99
Extremadura	10,27	8,67	10,23	12,15	10,32	9,72	9,46
Galicia	7,78	10,03	11,38	12,16	10,32	9,72	8,90
Madrid (Comunidad de)	7,05	8,82	16,91	8,78	10,33	10,84	7,93
Murcia (Región de)	7,68	9,82	10,07	13,09	10,15	9,18	8,74
Navarra (Comunidad Foral de)	7,28	0,48	20,46	12,09	9,84	9,10	3,82
País Vasco	9,07	5,68	10,89	11,77	9,33	8,52	7,36
Rioja (La)	8,92	9,03	8,34	10,16	9,11	8,76	8,97
Ceuta	6,77	10,42	11,07	10,69	9,72	9,40	8,58
Melilla	7,97	6,44	1,40	14,29	7,43	5,23	7,20
Gasto consolidado del sector CCAA	10,09	7,74	10,93	11,62	10,09	9,58	8,91

II.2.6.5. *Los gastos de capital*

Los gastos de capital en el conjunto del gasto sanitario del sector analizado ascienden, en 2003, a 1.451,65 millones de euros, lo que supone, en media, un 3,76% del total. Estos gastos han ganado peso en el total a lo largo del periodo que se estudia, partiendo en 1999 de un 3,46%. Los gastos de capital han ganado peso en el conjunto del gasto sanitario en ocho comunidades, registrando en algunas de ellas crecimientos muy pronunciados.

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo, ésta sido de 11,30% para el gasto de capital en el conjunto de comunidades. Se observan importantes diferencias en dichas tasas anuales medias, oscilando éstas entre el -6,79% y el 31,10%. La evolución del crecimiento anual de los gastos de capital entre 2000 y 2003 presenta una pauta diferente de la observada en el resto de conceptos económico presupuestarios analizados, ya que, a diferencia de ellos, en los gastos de capital cae en 2003: pasa de un crecimiento anual de 8,29% en 2000 a un 3,63% en 2003.



**GASTOS DE CAPITAL****Miles de euros corrientes**

	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	61.840	84.774	115.867	121.373	148.339
Aragón	37.056	34.743	30.625	43.653	27.965
Asturias (Principado de)	33.501	30.023	43.261	38.634	46.658
Baleares (Islas)	31.966	24.180	36.921	55.627	48.468
Canarias	85.099	96.261	88.722	88.087	86.035
Cantabria	21.576	24.978	34.421	52.987	19.696
Castilla y León	65.879	101.369	94.010	122.978	138.221
Castilla-La Mancha	49.506	51.855	69.981	138.553	90.524
Cataluña	55.322	69.981	90.521	120.758	163.418
Comunidad Valenciana	84.272	64.354	81.596	111.363	160.186
Extremadura	38.310	35.324	27.126	95.059	37.627
Galicia	121.242	126.256	135.154	88.801	127.571
Madrid (Comunidad de)	129.881	135.590	233.184	160.187	174.300
Murcia (Región de)	41.077	44.256	55.167	60.172	83.657
Navarra (Comunidad Foral de)	21.278	24.810	21.820	22.717	17.870
País Vasco	56.662	62.217	63.891	62.076	64.526
Rioja (La)	9.171	9.562	11.225	15.351	14.257
Ceuta	1.605	1.561	773	1.289	1.630
Melilla	682	2.237	2.780	1.120	702
Gasto consolidado del sector CCAA	945.926	1.024.334	1.237.045	1.400.785	1.451.650

GASTOS DE CAPITAL

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1,33	1,61	2,11	2,07	2,30
Aragón	4,31	3,80	3,04	4,02	2,27
Asturias (Principado de)	4,22	3,56	4,77	3,93	4,23
Baleares (Islas)	6,63	4,70	6,49	7,91	5,87
Canarias	6,96	7,20	6,24	5,52	4,77
Cantabria	5,52	5,89	7,26	10,06	3,49
Castilla y León	3,92	5,58	4,85	5,93	5,80
Castilla-La Mancha	4,49	4,38	5,44	9,34	5,62
Cataluña	1,27	1,48	1,79	2,20	2,61
Comunidad Valenciana	3,15	2,18	2,57	3,18	4,01
Extremadura	5,26	4,50	3,27	9,79	3,66
Galicia	6,24	6,15	6,06	3,81	5,01
Madrid (Comunidad de)	3,81	3,78	5,98	3,85	3,78
Murcia (Región de)	5,52	5,40	6,17	6,11	7,41
Navarra (Comunidad Foral de)	4,65	5,04	4,21	4,05	2,92
País Vasco	3,50	3,64	3,49	3,15	3,05
Rioja (La)	5,05	4,82	5,24	6,29	5,24
Ceuta	3,60	3,31	1,55	2,34	2,70
Melilla	1,58	4,56	5,11	1,96	1,13
Gasto consolidado del sector CCAA	3,46	3,45	3,89	4,04	3,76

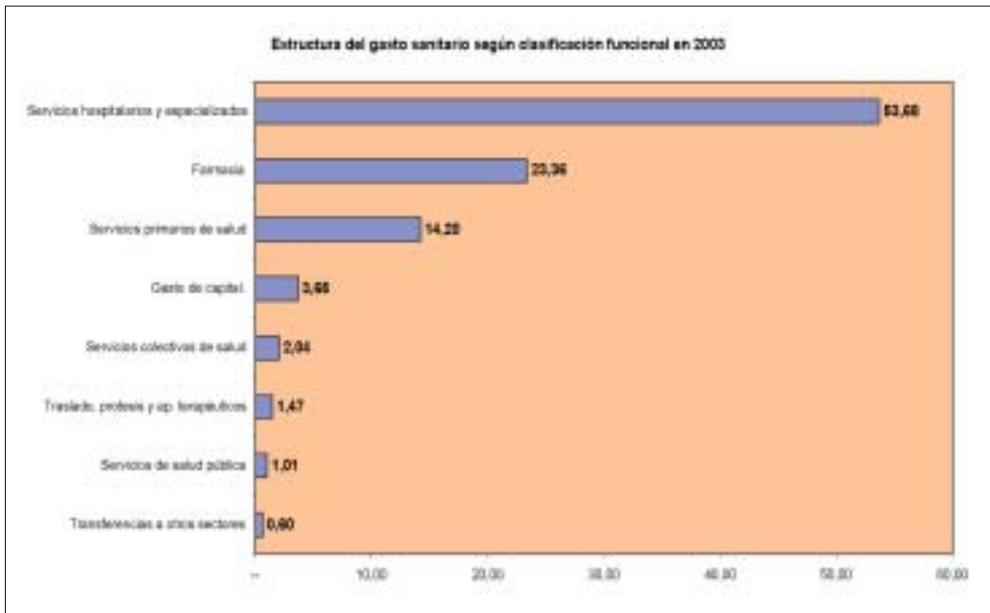
GASTOS DE CAPITAL

	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	37,09	36,68	4,75	22,22	24,45	25,20	36,88
Aragón	-6,24	-11,85	42,54	-35,94	-6,79	5,61	-9,09
Asturias (Principado de)	-10,38	44,09	-10,69	20,77	8,63	4,87	13,64
Baleares (Islas)	-24,36	52,69	50,67	-12,87	10,97	20,28	7,47
Canarias	13,12	-7,83	-0,72	-2,33	0,27	1,16	2,11
Cantabria	15,77	37,80	53,94	-62,83	-2,25	34,92	26,31
Castilla y León	53,87	-7,26	30,81	12,40	20,35	23,13	19,46
Castilla-La Mancha	4,75	34,96	97,99	-34,67	16,29	40,92	18,89
Cataluña	26,50	29,35	33,40	35,33	31,10	29,72	27,92
Valenciana	-23,64	26,79	36,48	43,84	17,42	9,74	-1,60
Extremadura	-7,79	-23,21	250,43	-60,42	-0,45	35,38	-15,85
Galicia	4,14	7,05	-34,30	43,66	1,28	-9,86	5,58
Madrid (Comunidad de)	4,40	71,98	-31,30	8,81	7,63	7,24	33,99
Murcia (Región de)	7,74	24,66	9,07	39,03	19,46	13,57	15,89
Navarra (Comunidad Foral de)	16,60	-12,05	4,11	-21,34	-4,27	2,21	1,27
País Vasco	9,80	2,69	-2,84	3,95	3,30	3,09	6,19
Rioja (La)	4,26	17,39	36,76	-7,13	11,66	18,73	10,63
Ceuta	-2,74	-50,49	66,73	26,45	0,38	-7,05	-30,60
Melilla	228,10	24,27	-59,72	-37,35	0,72	17,98	101,93
Gasto consolidado del sector CCAA	8,29	20,77	13,24	3,63	11,30	13,98	14,36

II.2.7. Clasificación funcional^(*)

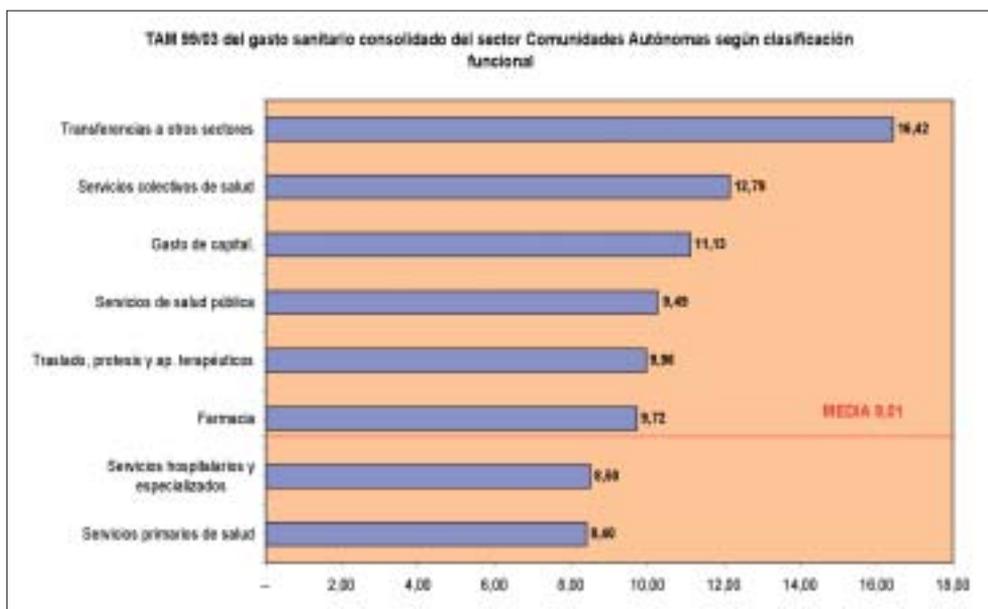
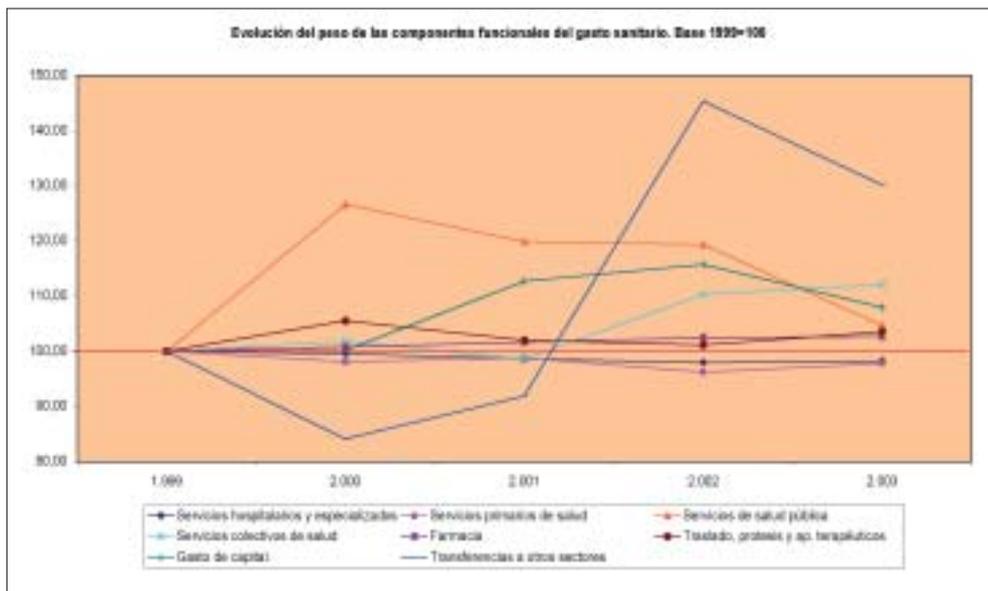
Desde la óptica de la clasificación funcional, la componente del gasto sanitario consolidado de las Comunidades y Ciudades Autónomas con mayor peso es la *asistencia hospitalaria y especializada*. En 2003, representa un 53,68% del total del gasto. Le sigue en importancia la *farmacia* (gasto en recetas médicas) con un 23,36%. Después, la *atención primaria de salud* con un 14,20%, seguida de los *gastos de capital* cuyo peso desciende al 3,65%¹⁶. Los *servicios colectivos de salud* representan un 2,08%. El gasto en *traslados, prótesis y aparatos terapéuticos* tienen un peso del 1,47%. Los *servicios de salud pública* un 0,96%. Finalmente, las *transferencias corrientes a otros sectores* suponen el 0,60% del gasto.

Entre los componentes de mayor peso: atención primaria, especializada y farmacia, el más dinámico ha sido la farmacia. El resto de componentes han registrado importantes incrementos durante este periodo; no obstante, su impacto en el conjunto del gasto es reducido ya que entre todos no llegan al 9% del gasto.



^(*) El desglose funcional del gasto se ha modificado con respecto al que se ha divulgado vía Internet, debido a que la Comunidad Autónoma de Cataluña comunicó una corrección de cifras que afectan a sus gastos de salud pública y administración general.

¹⁶ Sin transferencias de capital a otros sectores. Obsérvese, que en la clasificación funcional del gasto las transferencias de capital a otros sectores se incluyen en la rúbrica transferencias a otros sectores. Por tanto, en esta clasificación los gastos de capital no coinciden con el mismo concepto en la clasificación económico-presupuestaria.



GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR CCAA

1 - CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

	Miles de Euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Servicios hospitalarios y especializados	14.967.851	16.188.159	17.155.995	18.549.075	20.747.009
Servicios de Atención Primaria	3.975.414	4.232.087	4.568.359	4.840.507	5.488.917
Servicios de salud pública	263.494	362.125	367.370	397.898	371.313
Servicios colectivos de salud	497.247	549.932	570.049	694.100	804.846
Farmacia	6.230.317	6.816.744	7.361.268	8.077.809	9.029.110
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	388.518	444.874	460.684	497.187	567.958
Gasto de capital.	924.136	1.005.582	1.211.581	1.353.122	1.409.356
Transferencias a otros sectores	125.245	114.294	133.882	230.305	230.109
Gasto consolidado del sector CCAA	27.372.222	29.713.798	31.829.188	34.640.003	38.648.620

ESTRUCTURA	Porcentaje sobre el total				
Servicios hospitalarios y especializados	54,68	54,48	53,90	53,55	53,68
Servicios de Atención Primaria	14,52	14,24	14,35	13,97	14,20
Servicios de salud pública	0,96	1,22	1,15	1,15	0,96
Servicios colectivos de salud	1,82	1,85	1,79	2,00	2,08
Farmacia	22,76	22,94	23,13	23,32	23,36
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1,42	1,50	1,45	1,44	1,47
Gasto de capital.	3,38	3,38	3,81	3,91	3,65
Transferencias a otros sectores	0,46	0,38	0,42	0,66	0,60

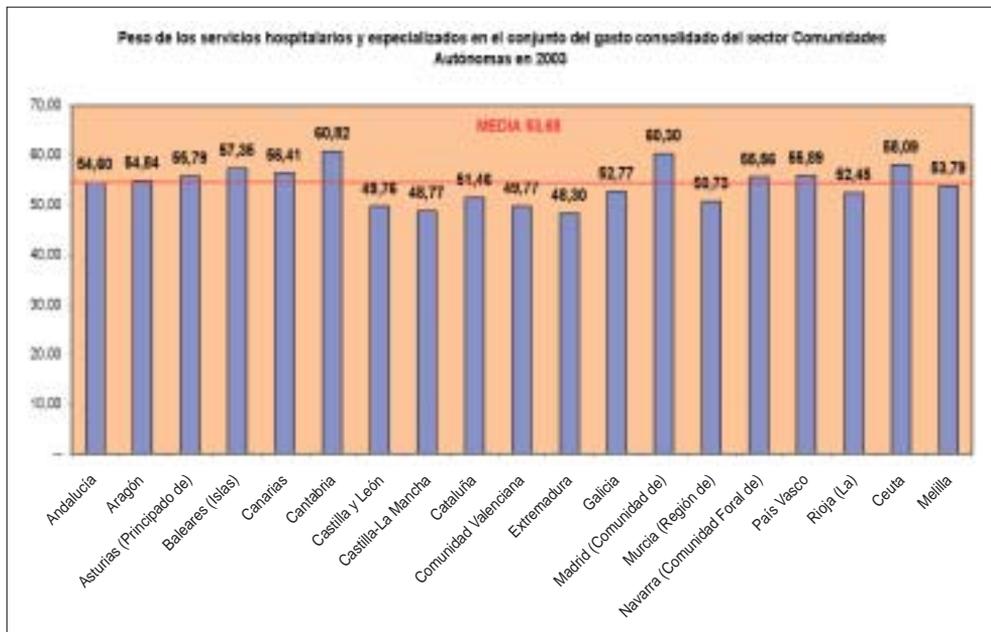
INCREMENTO ANUAL (%)	Porcentaje variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Servicios hospitalarios y especializados	8,15	5,98	8,12	11,85	8,50	7,41	7,06
Servicios de Atención Primaria	6,46	7,95	5,96	13,40	8,40	6,78	7,20
Servicios de salud pública	37,43	1,45	8,31	-6,68	8,95	14,73	18,08
Servicios colectivos de salud	10,60	3,66	21,76	15,96	12,79	11,76	7,07
Farmacia	9,41	7,99	9,73	11,78	9,72	9,04	8,70
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	14,51	3,55	7,92	14,23	9,96	8,57	8,89
Gasto de capital.	8,81	20,49	11,68	4,16	11,13	13,55	14,50
Transferencias a otros sectores	-8,74	17,14	72,02	-0,08	16,42	22,51	3,39
Gasto consolidado del sector CCAA	8,55	7,12	8,83	11,57	9,01	8,17	7,83

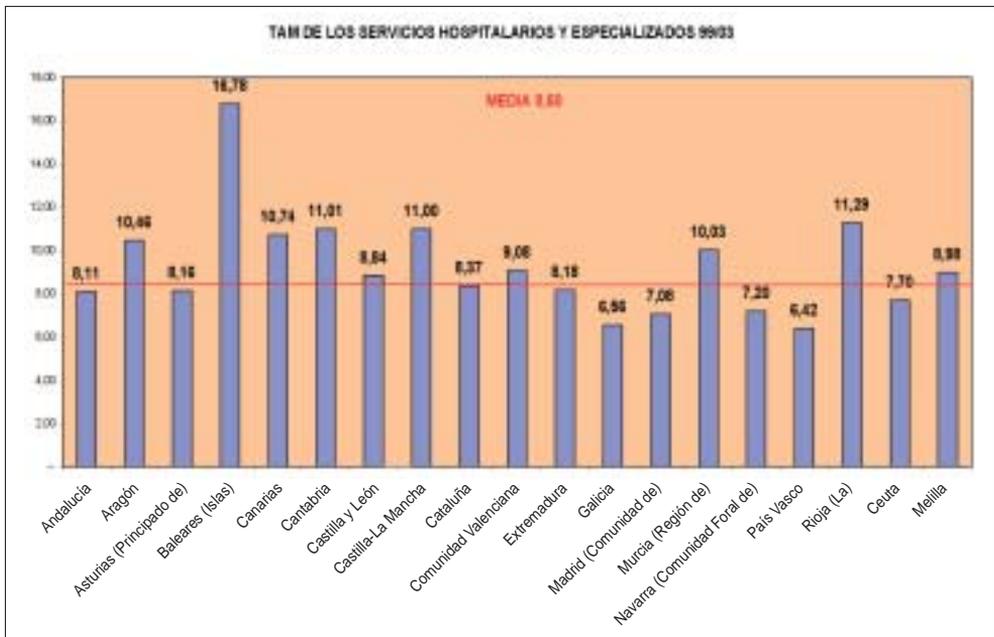
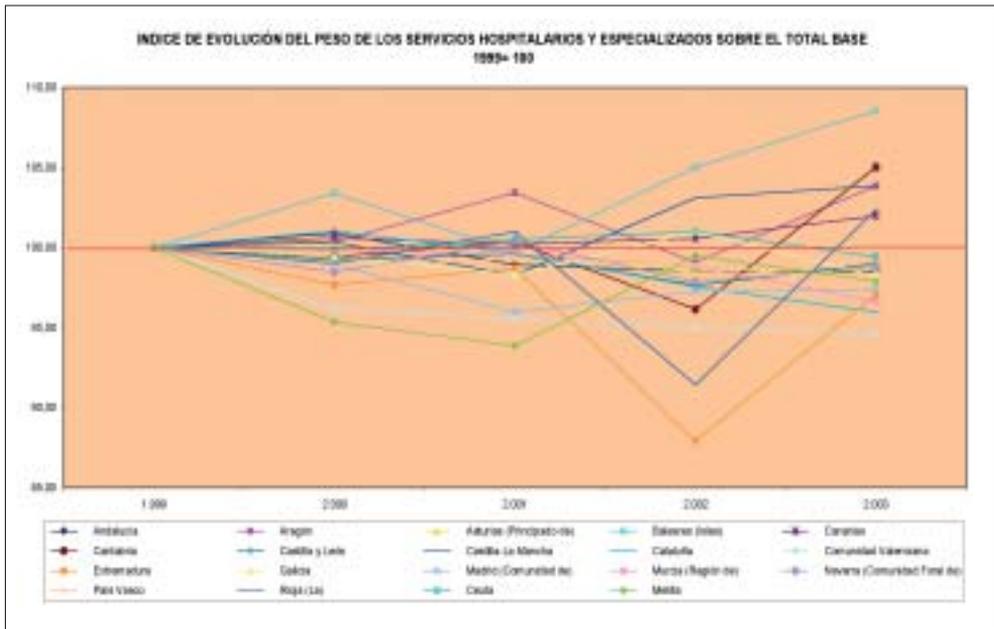
II.2.7.1. *Servicios hospitalarios y especializados*

Los servicios hospitalarios y especializados representan, en 2003, el 53,68% del gasto consolidado del sector. Esta proporción oscila entre el 48,30% y 60,82% entre las distintas Comunidades Autónomas.

Con carácter general, se detecta entre 1999 y 2003 una pérdida del peso relativo en el gasto en servicios hospitalarios y especializados, consecuencia de un menor ritmo de crecimiento de esta componente con relación al conjunto del gasto del sector. Entre comunidades, la atención especializada ha perdido peso en trece comunidades y ganado en seis.

Durante el periodo de análisis, este tipo de asistencia en el conjunto del sector ha crecido en términos medios anuales un 8,50%, pasando de una tasa de crecimiento anual de 8,15% en el año 2000 a 11,85% en 2003. El crecimiento medio anual entre 1999 y 2003 varía por comunidades autónomas entre un 6,56% y un 16,78%.





SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	2.573.852	2.939.017	3.005.207	3.200.021	3.515.450
Aragón	453.813	485.001	550.261	568.709	675.549
Asturias (Principado de)	449.805	478.424	511.242	548.167	615.505
Baleares (Islas)	254.557	281.289	299.654	389.959	473.417
Canarias	676.822	743.591	788.446	887.764	1.017.908
Cantabria	226.326	244.056	275.702	293.185	343.749
Castilla y León	845.416	906.157	969.548	1.016.892	1.186.241
Castilla-La Mancha	517.683	558.227	594.184	718.616	785.974
Cataluña	2.331.375	2.558.916	2.697.573	2.876.469	3.216.033
Comunidad Valenciana	1.406.067	1.494.147	1.595.521	1.748.677	1.990.254
Extremadura	362.819	381.969	407.128	425.213	496.897
Galicia	1.042.530	1.097.137	1.177.076	1.264.019	1.344.451
Madrid (Comunidad de)	2.112.582	2.199.420	2.317.981	2.502.240	2.777.696
Murcia (Región de)	390.911	429.984	467.323	511.317	572.918
Navarra (Comunidad Foral de)	257.537	272.644	292.795	308.806	340.089
País Vasco	922.976	964.303	1.038.142	1.111.037	1.183.700
Rioja (La)	93.016	100.684	110.760	114.238	142.670
Ceuta	26.011	27.491	29.359	32.433	35.001
Melilla	23.754	25.700	28.089	31.311	33.508
Gasto consolidado del sector CCAA	14.967.851	16.188.159	17.155.995	18.549.075	20.747.009

SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	55,42	55,92	54,83	54,60	54,60
Aragón	52,81	53,00	54,63	52,33	54,84
Asturias (Principado de)	56,67	56,79	56,40	55,81	55,79
Baleares (Islas)	52,82	54,63	52,67	55,47	57,35
Canarias	55,32	55,66	55,44	55,63	56,41
Cantabria	57,91	57,59	58,12	55,68	60,82
Castilla y León	50,26	49,88	50,05	49,07	49,76
Castilla-La Mancha	46,96	47,12	46,15	48,42	48,77
Cataluña	53,62	54,18	53,43	52,31	51,46
Comunidad Valenciana	52,57	50,55	50,25	49,94	49,77
Extremadura	49,78	48,62	49,14	43,78	48,30
Galicia	53,69	53,42	52,79	54,24	52,77
Madrid (Comunidad de)	61,92	61,27	59,44	60,22	60,30
Murcia (Región de)	52,49	52,43	52,28	51,89	50,73
Navarra (Comunidad Foral de)	56,25	55,41	56,47	55,05	55,56
País Vasco	57,06	56,40	56,66	56,44	55,89
Rioja (La)	51,22	50,72	51,74	46,84	52,45
Ceuta	58,41	58,34	58,72	58,99	58,09
Melilla	54,95	52,40	51,58	54,68	53,79
Gasto consolidado del sector CCAA	54,68	54,48	53,90	53,55	53,68

SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS

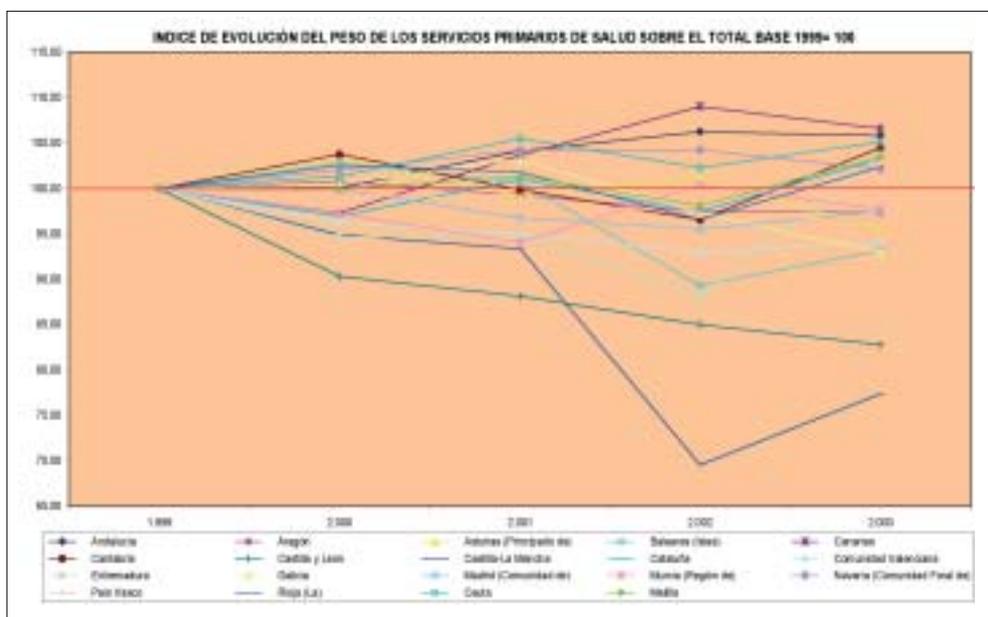
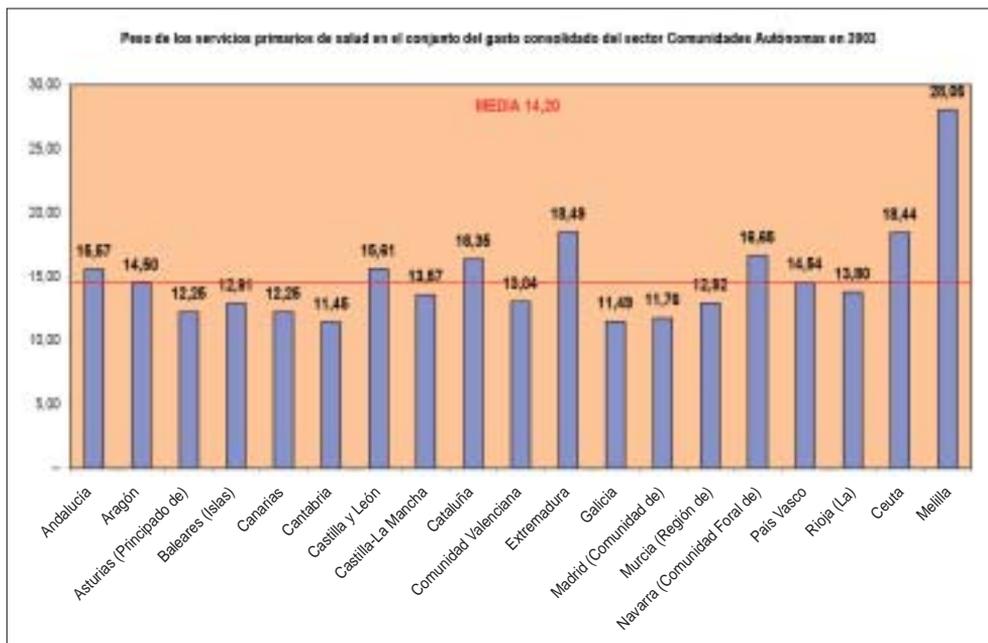
	Porcentaje de variación interanual				TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	99/03	99/02	99/01
Andalucía	14,19	2,25	6,48	9,86	8,11	7,53	8,06
Aragón	6,87	13,46	3,35	18,79	10,46	7,81	10,11
Asturias (Principado de)	6,36	6,86	7,22	12,28	8,16	6,81	6,61
Baleares (Islas)	10,50	6,53	30,14	21,40	16,78	15,28	8,50
Canarias	9,87	6,03	12,60	14,66	10,74	9,46	7,93
Cantabria	7,83	12,97	6,34	17,25	11,01	9,01	10,37
Castilla y León	7,18	7,00	4,88	16,65	8,84	6,35	7,09
Castilla-La Mancha	7,83	6,44	20,94	9,37	11,00	11,55	7,13
Cataluña	9,76	5,42	6,63	11,80	8,37	7,25	7,57
Comunidad Valenciana	6,26	6,78	9,60	13,81	9,08	7,54	6,52
Extremadura	5,28	6,59	4,44	16,86	8,18	5,43	5,93
Galicia	5,24	7,29	7,39	6,36	6,56	6,63	6,26
Madrid (Comunidad de)	4,11	5,39	7,95	11,01	7,08	5,80	4,75
Murcia (Región de)	10,00	8,68	9,41	12,05	10,03	9,36	9,34
Navarra (Comunidad Foral de)	5,87	7,39	5,47	10,13	7,20	6,24	6,63
País Vasco	4,48	7,66	7,02	6,54	6,42	6,38	6,06
Rioja (La)	8,24	10,01	3,14	24,89	11,29	7,09	9,12
Ceuta	5,69	6,79	10,47	7,92	7,70	7,63	6,24
Melilla	8,19	9,30	11,47	7,01	8,98	9,64	8,74
Gasto consolidado del sector CCAA	8,15	5,98	8,12	11,85	8,50	7,41	7,06

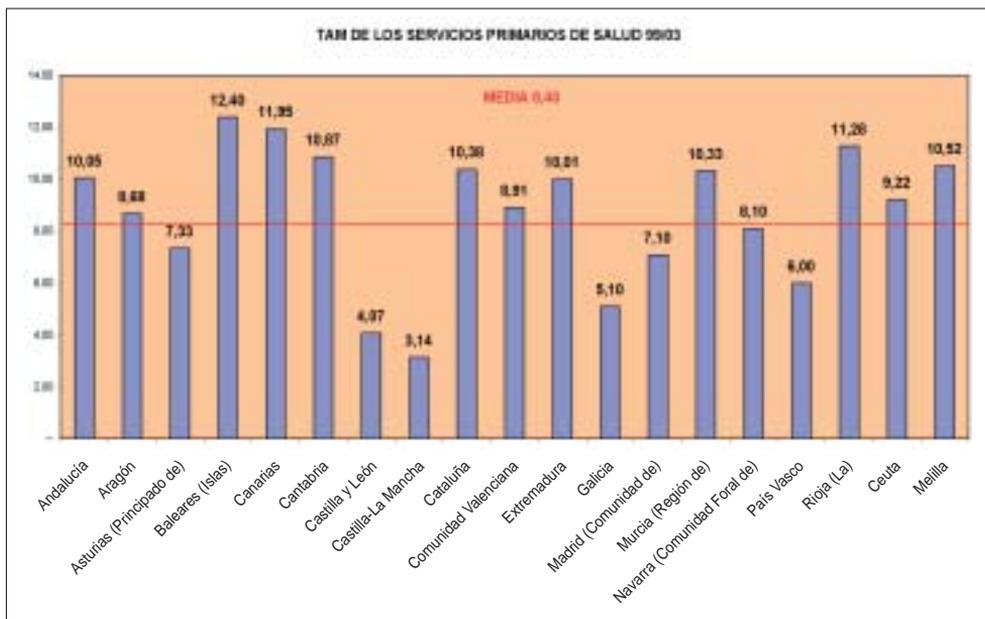
II.2.7.2. Servicios de Atención Primaria

La Atención Primaria representa el 14,20% del gasto consolidado del sector Comunidades Autónomas y oscila entre el 11,45% y 28,05%.

Por lo que se refiere a la evolución entre 1999 y 2003, la Atención Primaria ha perdido peso en diez comunidades y lo ha ganado en nueve. En el conjunto del sector, la pauta ha sido de pérdida de peso en el conjunto del gasto.

Durante el periodo de análisis, el gasto en este tipo de asistencia ha crecido en términos medios un 8,40% anual, pasando de un crecimiento anual del 6,46% en 2000 a un 13,40% en 2003. El crecimiento medio anual entre 1999 y 2003 varía por comunidades autónomas entre un 3,14% y un 12,40%.





SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Miles de euros corrientes

	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	683.601	774.234	840.274	916.663	1.002.781
Aragón	128.033	137.390	148.998	157.849	178.603
Asturias (Principado de)	101.808	111.635	115.215	127.399	135.128
Baleares (Islas)	66.761	73.340	79.384	87.005	106.567
Canarias	140.556	149.351	169.321	199.864	220.754
Cantabria	42.806	48.168	51.894	55.687	64.685
Castilla y León	317.205	309.260	321.930	332.221	372.088
Castilla-La Mancha	193.286	197.071	210.766	180.973	218.711
Cataluña	688.014	724.397	807.116	848.187	1.021.478
Comunidad Valenciana	370.602	394.219	417.877	450.996	521.366
Extremadura	129.857	132.442	139.867	152.621	190.193
Galicia	239.867	254.962	284.398	280.067	292.724
Madrid (Comunidad de)	411.907	433.015	455.414	479.202	541.876
Murcia (Región de)	98.480	105.488	111.206	130.786	145.926
Navarra (Comunidad Foral de)	74.627	81.826	88.093	95.342	101.899
País Vasco	244.008	256.206	273.027	288.814	308.023
Rioja (La)	24.473	27.434	29.377	31.740	37.529
Ceuta	7.809	8.376	9.250	9.863	11.113
Melilla	11.713	13.275	14.952	15.226	17.475
Gasto consolidado del sector CCAA	3.975.414	4.232.087	4.568.359	4.840.507	5.488.917

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	14,72	14,73	15,33	15,64	15,57
Aragón	14,90	15,01	14,79	14,52	14,50
Asturias (Principado de)	12,83	13,25	12,71	12,97	12,25
Baleares (Islas)	13,85	14,24	13,95	12,38	12,91
Canarias	11,49	11,18	11,91	12,52	12,25
Cantabria	10,95	11,37	10,94	10,58	11,45
Castilla y León	18,86	17,02	16,62	16,03	15,61
Castilla-La Mancha	17,53	16,63	16,37	12,19	13,57
Cataluña	15,82	15,34	15,99	15,43	16,35
Comunidad Valenciana	13,86	13,34	13,16	12,88	13,04
Extremadura	17,82	16,86	16,88	15,71	18,49
Galicia	12,35	12,41	12,75	12,02	11,49
Madrid (Comunidad de)	12,07	12,06	11,68	11,53	11,76
Murcia (Región de)	13,22	12,86	12,44	13,27	12,92
Navarra (Comunidad Foral de)	16,30	16,63	16,99	17,00	16,65
País Vasco	15,08	14,99	14,90	14,67	14,54
Rioja (La)	13,48	13,82	13,72	13,01	13,80
Ceuta	17,54	17,77	18,50	17,94	18,44
Melilla	27,09	27,06	27,46	26,59	28,05
Gasto consolidado del sector CCAA	14,52	14,24	14,35	13,97	14,20

SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

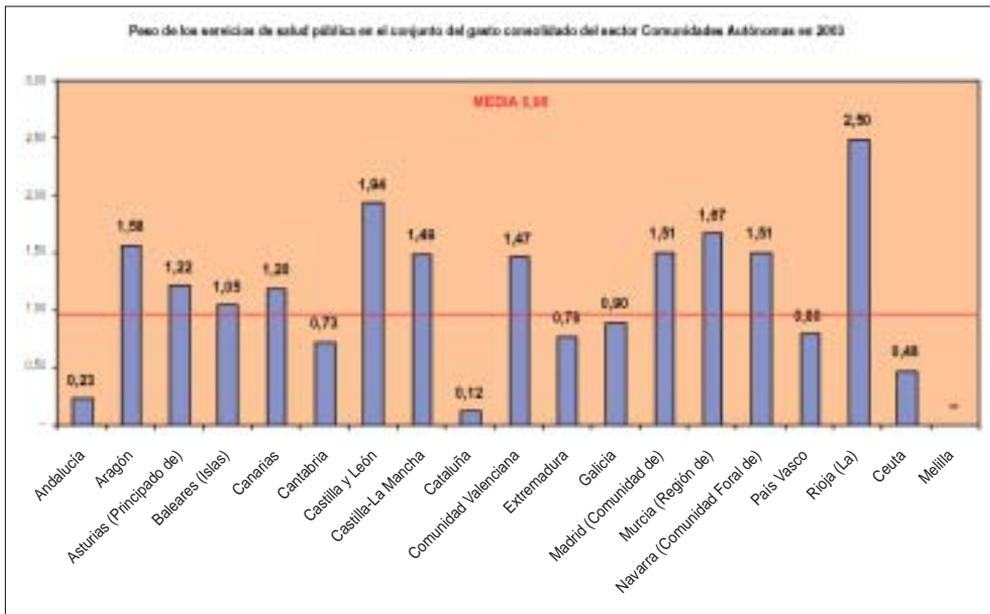
	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	13,26	8,53	9,09	9,39	10,05	10,27	10,87
Aragón	7,31	8,45	5,94	13,15	8,68	7,23	7,88
Asturias (Principado de)	9,65	3,21	10,57	6,07	7,33	7,76	6,38
Baleares (Islas)	9,85	8,24	9,60	22,48	12,40	9,23	9,04
Canarias	6,26	13,37	18,04	10,45	11,95	12,45	9,76
Cantabria	12,53	7,74	7,31	16,16	10,87	9,17	10,10
Castilla y León	-2,50	4,10	3,20	12,00	4,07	1,55	0,74
Castilla-La Mancha	1,96	6,95	-14,14	20,85	3,14	-2,17	4,42
Cataluña	5,29	11,42	5,09	20,43	10,38	7,23	8,31
Comunidad Valenciana	6,37	6,00	7,93	15,60	8,91	6,76	6,19
Extremadura	1,99	5,61	9,12	24,62	10,01	5,53	3,78
Galicia	6,29	11,55	-1,52	4,52	5,10	5,30	8,89
Madrid (Comunidad de)	5,12	5,17	5,22	13,08	7,10	5,17	5,15
Murcia (Región de)	7,12	5,42	17,61	11,58	10,33	9,92	6,26
Navarra (Comunidad Foral de)	9,65	7,66	8,23	6,88	8,10	8,51	8,65
País Vasco	5,00	6,57	5,78	6,65	6,00	5,78	5,78
Rioja (La)	12,10	7,08	8,04	18,24	11,28	9,05	9,56
Ceuta	7,25	10,44	6,63	12,67	9,22	8,09	8,83
Melilla	13,34	12,64	1,83	14,77	10,52	9,14	12,99
Gasto consolidado del sector CCAA	6,46	7,95	5,96	13,40	8,40	6,78	7,20

II.2.7.3. *Servicios de Salud Pública*

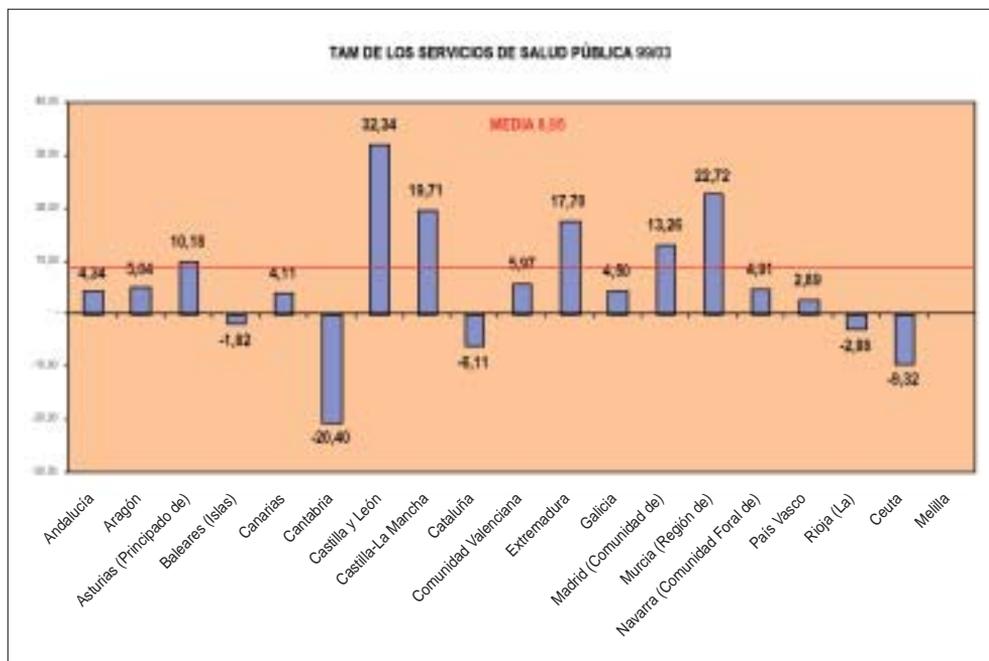
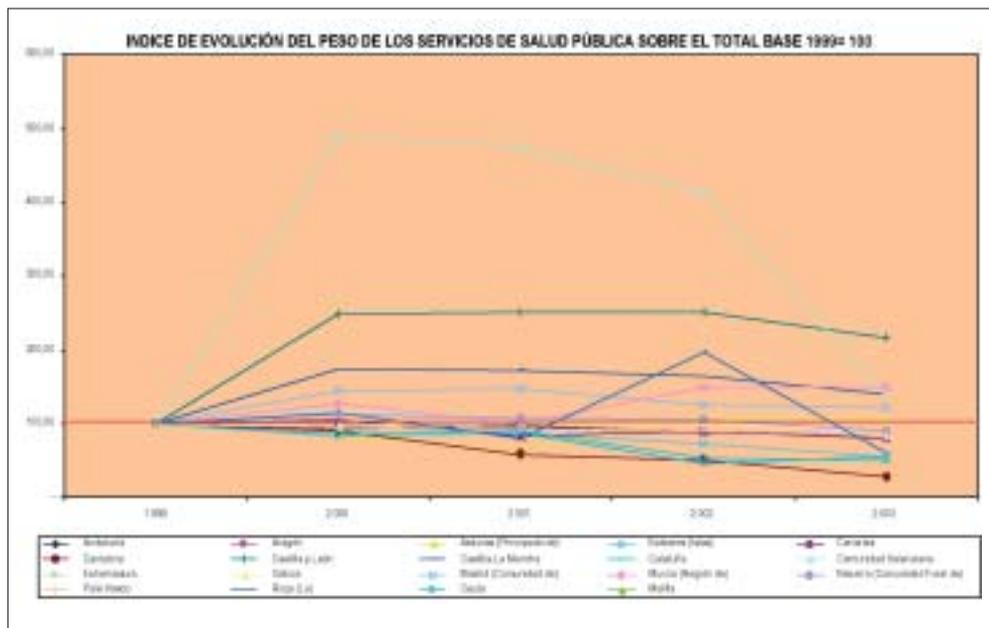
En 2003, un 0,96% del gasto sanitario consolidado del sector de Comunidades y Ciudades Autónomas se destinó a Salud Pública, porcentaje que registra un recorrido entre 0% y 2,50%.

La evolución del peso de esta componente entre 1999 y 2003 pone de manifiesto un comportamiento bastante irregular con importantes diferencias entre comunidades. En once de ellas, el gasto en salud pública pierde peso en el conjunto del gasto de la comunidad frente a siete donde registra una ganancia. En el conjunto del sector, registra una subida de peso relativo. Se ha de señalar que el gasto en esta componente es relativamente pequeño y este comportamiento más irregular en su evolución puede deberse a causas diversas, por ejemplo la forma de definir y clasificar esta actividad en los sistemas contables¹⁷.

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual media del periodo, ésta ha sido de 8,95% para el gasto en servicios de salud pública. Se observan grandes diferencias por comunidades en el crecimiento medio anual de esta variable, con tasas entre -20,40% y 32,34%.



¹⁷ Los programas de salud pública se desarrollan por lo general a través de la red de Atención Primaria, por ello, el gasto correspondiente podría, en algunos casos, haber quedado clasificado contablemente dentro de dichos Servicios de Atención Primaria.



SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	12.543	13.116	14.204	13.982	14.866
Aragón	15.961	16.873	17.919	17.423	19.426
Asturias (Principado de)	9.149	8.076	6.531	12.293	13.483
Baleares (Islas)	9.308	8.231	9.666	9.871	8.647
Canarias	18.347	21.180	17.552	21.485	21.554
Cantabria	10.283	9.994	7.298	6.795	4.129
Castilla y León	15.092	40.559	43.756	46.690	46.293
Castilla-La Mancha	11.695	21.781	23.504	25.803	24.014
Cataluña	9.806	10.337	9.817	5.653	7.621
Comunidad Valenciana	46.602	60.094	59.521	64.410	58.759
Extremadura	4.176	21.986	22.486	22.899	8.014
Galicia	19.137	19.625	21.735	22.991	22.819
Madrid (Comunidad de)	42.248	64.332	70.738	64.362	69.510
Murcia (Región de)	8.333	11.660	9.974	16.428	18.900
Navarra (Comunidad Foral de)	7.650	9.114	9.180	9.833	9.267
País Vasco	15.102	15.135	15.885	16.508	16.927
Rioja (La)	7.635	9.648	7.173	20.198	6.794
Ceuta	428	385	430	276	289
Melilla	--	--	--	--	--
Gasto consolidado del sector CCAA	263.494	362.125	367.370	397.898	371.313

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	0,27	0,25	0,26	0,24	0,23
Aragón	1,86	1,84	1,78	1,60	1,58
Asturias (Principado de)	1,15	0,96	0,72	1,25	1,22
Baleares (Islas)	1,93	1,60	1,70	1,40	1,05
Canarias	1,50	1,59	1,23	1,35	1,20
Cantabria	2,63	2,36	1,54	1,29	0,73
Castilla y León	0,90	2,23	2,26	2,25	1,94
Castilla-La Mancha	1,06	1,84	1,83	1,74	1,49
Cataluña	0,23	0,22	0,19	0,10	0,12
Comunidad Valenciana	1,74	2,03	1,87	1,84	1,47
Extremadura	0,57	2,80	2,71	2,36	0,78
Galicia	0,99	0,96	0,97	0,99	0,90
Madrid (Comunidad de)	1,24	1,79	1,81	1,55	1,51
Murcia (Región de)	1,12	1,42	1,12	1,67	1,67
Navarra (Comunidad Foral de)	1,67	1,85	1,77	1,75	1,51
País Vasco	0,93	0,89	0,87	0,84	0,80
Rioja (La)	4,20	4,86	3,35	8,28	2,50
Ceuta	0,96	0,82	0,86	0,50	0,48
Melilla	--	--	--	--	--
Gasto consolidado del sector CCAA	0,96	1,22	1,15	1,15	0,96

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

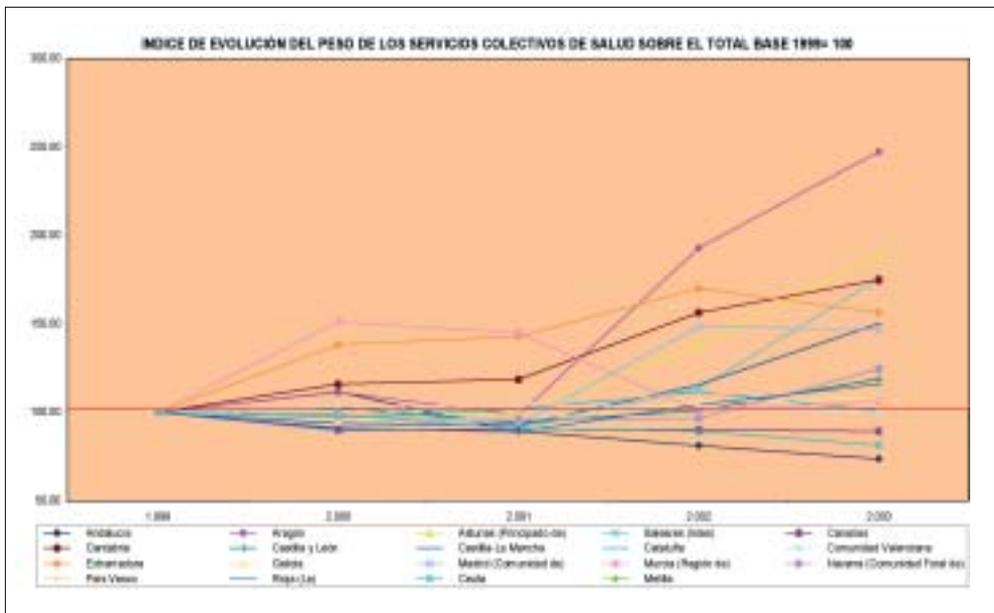
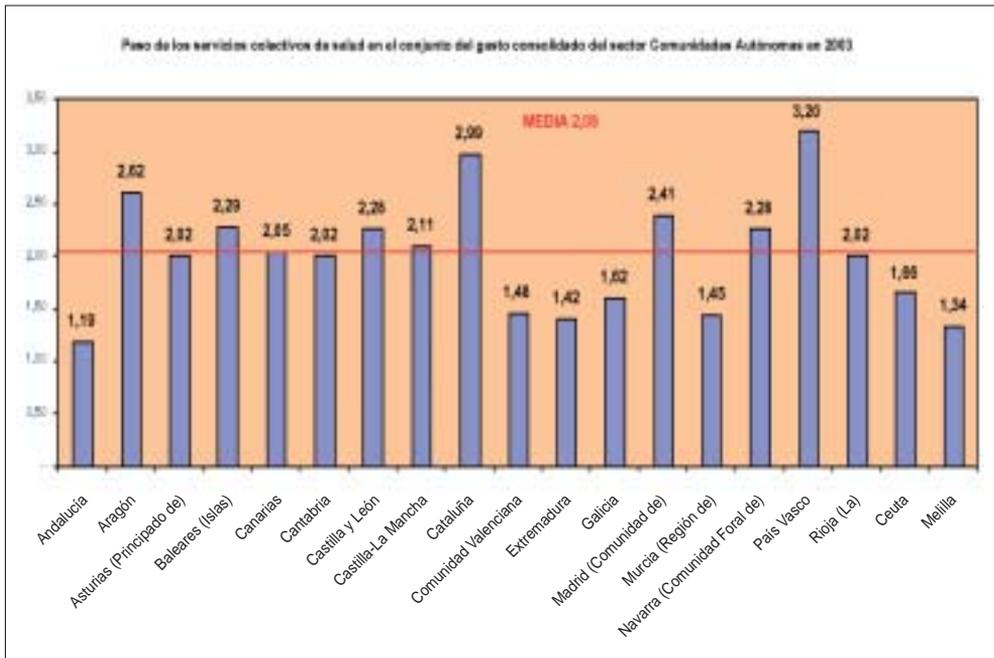
	Porcentaje de variación interanual				TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	99/03	99/02	99/01
Andalucía	4,57	8,30	-1,57	6,32	4,34	3,69	6,42
Aragón	5,71	6,20	-2,77	11,50	5,04	2,97	5,96
Asturias (Principado de)	-11,72	-19,13	88,21	9,68	10,18	10,35	-15,51
Baleares (Islas)	-11,57	17,43	2,12	-12,39	-1,82	1,98	1,90
Canarias	15,44	-17,13	22,41	0,32	4,11	5,40	-2,19
Cantabria	-2,81	-26,98	-6,88	-39,24	-20,40	-12,90	-15,76
Castilla y León	168,75	7,88	6,71	-0,85	32,34	45,71	70,28
Castilla-La Mancha	86,25	7,91	9,78	-6,93	19,71	30,18	41,77
Cataluña	5,42	-5,04	-42,42	34,82	-6,11	-16,77	0,05
Comunidad Valenciana	28,95	-0,95	8,21	-8,77	5,97	11,39	13,01
Extremadura	426,48	2,27	1,84	-65,00	17,70	76,34	132,04
Galicia	2,55	10,76	5,78	-0,75	4,50	6,31	6,57
Madrid (Comunidad de)	52,27	9,96	-9,01	8,00	13,26	15,06	29,40
Murcia (Región de)	39,92	-14,46	64,70	15,05	22,72	25,39	9,41
Navarra (Comunidad Foral de)	19,13	0,73	7,11	-5,76	4,91	8,73	9,55
Pais Vasco	0,22	4,96	3,92	2,54	2,89	3,01	2,56
Rioja (La)	26,36	-25,65	181,59	-66,36	-2,88	38,30	-3,07
Ceuta	-10,09	11,67	-35,87	5,00	-9,32	-13,65	0,20
Melilla							
Gasto consolidado del sector CCAA	37,43	1,45	8,31	-6,68	8,95	14,73	18,08

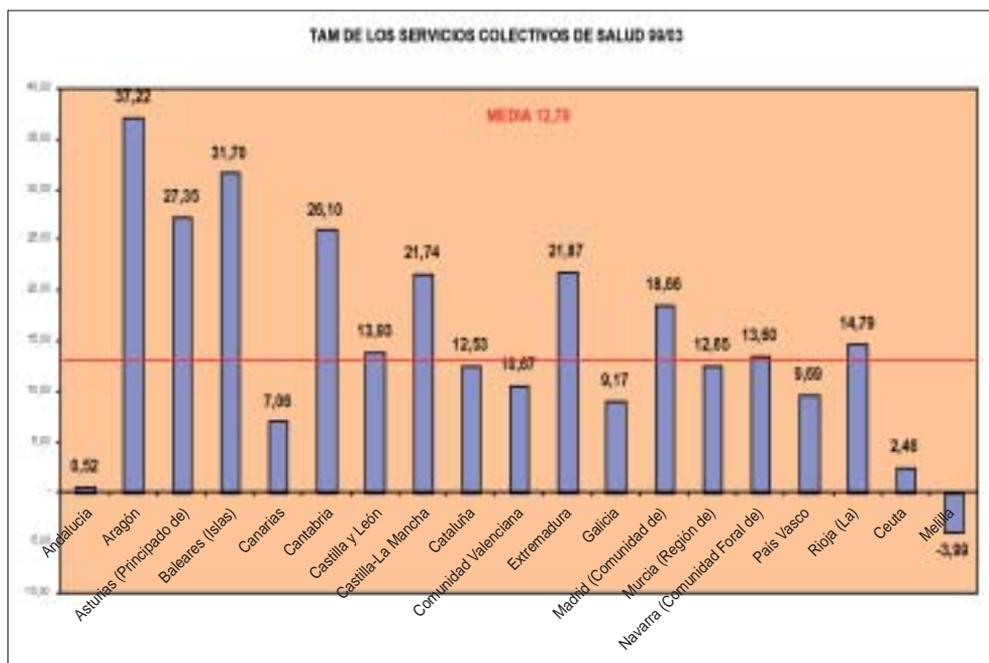
II.2.7.4. *Servicios Colectivos de Salud*

Los Servicios Colectivos de Salud corresponden al gasto en administración general e investigación y desarrollo. Representan, en 2003, el 2,08% del gasto con un recorrido por comunidades entre el 1,19% y el 3,20%.

Esta componente, como pauta general, ha mantenido o ganado peso en el total a lo largo del periodo analizado (gana en quince comunidades).

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo, ésta ha sido de 12,79%, oscilando las variaciones por comunidades entre un -3,99% y un 37,22%. Durante el periodo analizado ha pasado de tasas de crecimiento anual de 10,60% en 2000 a 15,96% en 2003, con una caída significativa de esta tasa en 2001.





SERVICIOS COLECTIVOS DE SALUD

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	75.349	95.247	79.441	77.131	76.918
Aragón	9.114	10.806	10.498	22.245	32.318
Asturias (Principado de)	8.476	8.797	9.591	14.444	22.297
Baleares (Islas)	6.282	6.006	6.707	10.426	18.898
Canarias	28.154	27.736	29.515	33.089	36.993
Cantabria	4.508	5.659	6.482	9.493	11.397
Castilla y León	32.229	35.786	34.911	40.117	54.301
Castilla-La Mancha	15.484	15.629	16.740	24.120	34.014
Cataluña	116.305	122.516	137.632	164.347	186.552
Comunidad Valenciana	39.326	44.851	48.656	53.059	58.991
Extremadura	6.615	9.844	10.753	14.988	14.593
Galicia	29.045	29.386	31.928	36.889	41.257
Madrid (Comunidad de)	55.893	58.265	59.597	101.070	110.802
Murcia (Región de)	10.204	16.994	17.766	13.595	16.432
Navarra (Comunidad Foral de)	8.382	8.810	9.116	9.924	13.957
País Vasco	46.819	48.642	55.583	62.848	67.785
Rioja (La)	3.171	3.160	3.322	4.434	5.505
Ceuta	910	950	924	1.001	1.003
Melilla	982	851	885	878	834
Gasto consolidado del sector CCAA	497.247	549.932	570.049	694.100	804.846

SERVICIOS COLECTIVOS DE SALUD

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1,62	1,81	1,45	1,32	1,19
Aragón	1,06	1,18	1,04	2,05	2,62
Asturias (Principado de)	1,07	1,04	1,06	1,47	2,02
Baleares (Islas)	1,30	1,17	1,18	1,48	2,29
Canarias	2,30	2,08	2,08	2,07	2,05
Cantabria	1,15	1,34	1,37	1,80	2,02
Castilla y León	1,92	1,97	1,80	1,94	2,28
Castilla-La Mancha	1,40	1,32	1,30	1,63	2,11
Cataluña	2,68	2,59	2,73	2,99	2,99
Comunidad Valenciana	1,47	1,52	1,53	1,52	1,48
Extremadura	0,91	1,25	1,30	1,54	1,42
Galicia	1,50	1,43	1,43	1,58	1,62
Madrid (Comunidad de)	1,64	1,62	1,53	2,43	2,41
Murcia (Región de)	1,37	2,07	1,99	1,38	1,45
Navarra (Comunidad Foral de)	1,83	1,79	1,76	1,77	2,28
País Vasco	2,89	2,85	3,03	3,19	3,20
Rioja (La)	1,75	1,59	1,55	1,82	2,02
Ceuta	2,04	2,02	1,85	1,82	1,66
Melilla	2,27	1,73	1,62	1,53	1,34
Gasto consolidado del sector CCAA	1,82	1,85	1,79	2,00	2,08

SERVICIOS COLECTIVOS DE SALUD

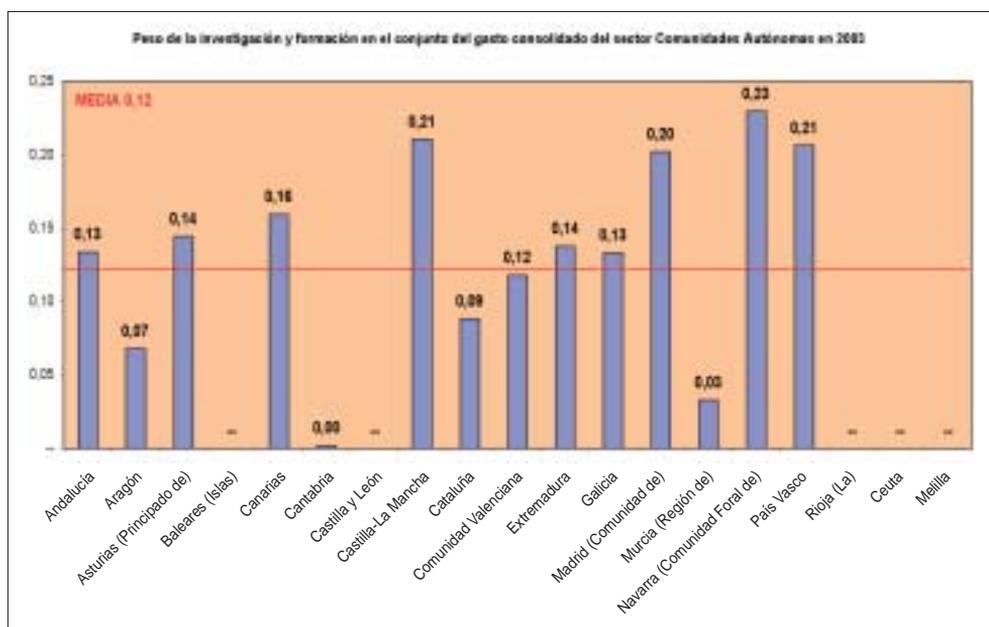
	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	26,41	-16,59	-2,91	-0,28	0,52	0,78	2,68
Aragón	18,57	-2,85	111,90	45,28	37,22	34,64	7,33
Asturias (Principado de)	3,78	9,03	50,61	54,36	27,35	19,44	6,37
Baleares (Islas)	-4,39	11,68	55,44	81,26	31,70	18,40	3,33
Canarias	-1,48	6,41	12,11	11,80	7,06	5,53	2,39
Cantabria	25,55	14,53	46,46	20,05	26,10	28,18	19,92
Castilla y León	11,03	-2,44	14,91	35,36	13,93	7,57	4,08
Castilla-La Mancha	0,93	7,11	44,09	41,02	21,74	15,92	3,98
Cataluña	5,34	12,34	19,41	13,51	12,53	12,22	8,78
Comunidad Valenciana	14,05	8,48	9,05	11,18	10,67	10,50	11,23
Extremadura	48,82	9,23	39,39	-2,64	21,87	31,34	27,50
Galicia	1,17	8,65	15,54	11,84	9,17	8,29	4,85
Madrid (Comunidad de)	4,24	2,29	69,59	9,63	18,66	21,83	3,26
Murcia (Región de)	66,55	4,54	-23,48	20,87	12,65	10,04	31,95
Navarra (Comunidad Foral de)	5,11	3,48	8,85	40,65	13,60	5,79	4,29
País Vasco	3,89	14,27	13,07	7,86	9,69	10,31	8,96
Rioja (La)	-0,36	5,15	33,48	24,14	14,79	11,83	2,36
Ceuta	4,39	-2,74	8,38	0,15	2,46	3,24	0,77
Melilla	-13,37	4,04	-0,77	-4,98	-3,99	-3,65	-5,06
Gasto consolidado del sector CCAA	10,60	3,66	21,76	15,96	12,79	11,76	7,07

II.2.7.5. *Investigación y formación* ^(*)

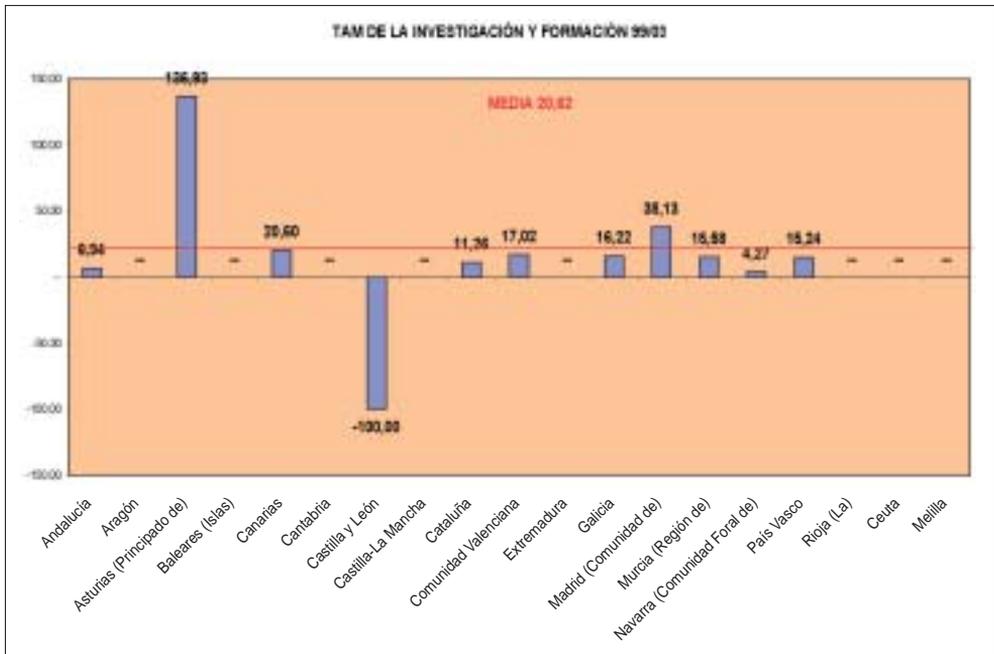
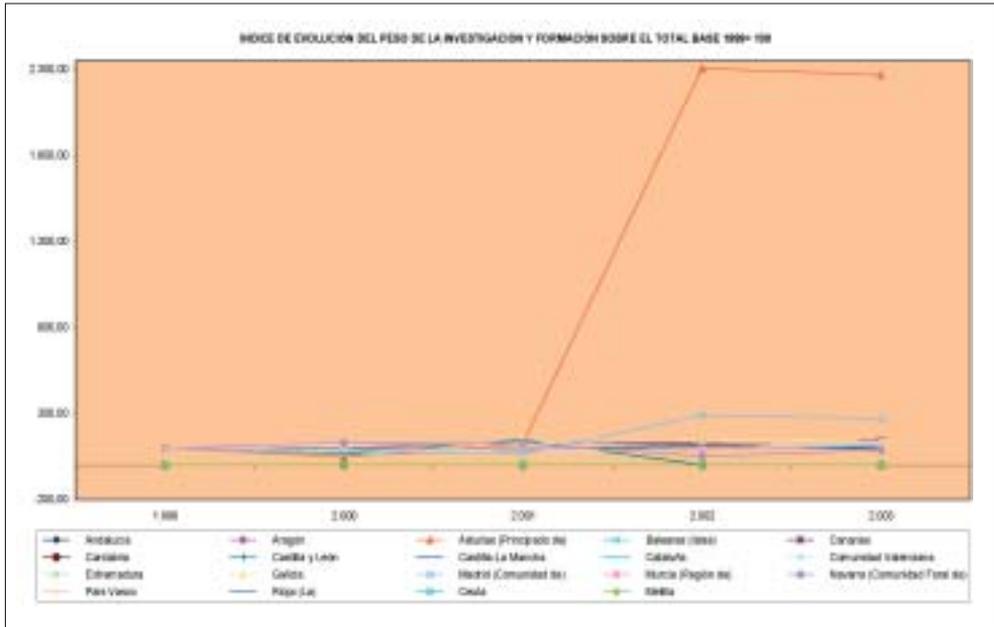
Los gastos de investigación y formación suponen, en 2003, un 0,12% del gasto total (oscilando entre un 0% y un 0,23%). Tomando como referencia el gasto en servicios colectivos, la investigación y formación tienen un peso relativo del 6,08% de dicho gasto.

En el año 2003, catorce comunidades destinaron recursos económicos para investigación y formación frente a once en 1999, habiendo registrado estos dos años el conjunto del gasto del sistema en investigación y formación un incremento importante.

Por lo que se refiere a las tasas de crecimiento anual medio del periodo para el conjunto del gasto en investigación y formación, éste ha sido de 20,62%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el -100,00% y el 136,93%.



^(*) El desglose de los servicios colectivos en *Investigación y formación* y *Administración general* se ha realizado sin incorporar las cifras de las transferencias con esa finalidad.



INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	6.590	7.663	7.316	9.609	8.620
Aragón	--	--	--	134	838
Asturias (Principado de)	51	27	72	1.442	1.593
Baleares (Islas)	--	--	--	--	--
Canarias	1.359	1.514	1.993	2.354	2.874
Cantabria	--	--	--	-141	11
Castilla y León	186	135	316	--	--
Castilla-La Mancha	--	--	--	--	3.392
Cataluña	3.609	3.602	4.187	4.533	5.531
Comunidad Valenciana	2.517	2.367	2.569	3.020	4.720
Extremadura	--	--	--	1.237	1.417
Galicia	1.861	2.303	2.653	3.303	3.396
Madrid (Comunidad de)	2.559	1.690	2.061	9.030	9.314
Murcia (Región de)	208	222	242	261	372
Navarra (Comunidad Foral de)	1.190	1.635	1.728	738	1.406
País Vasco	2.479	4.606	4.677	4.099	4.372
Rioja (La)	--	--	--	--	--
Ceuta	--	--	--	--	--
Melilla	--	--	--	--	--
Gasto consolidado del sector CCAA	22.609	25.764	27.813	39.621	47.855

INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	0,14	0,15	0,13	0,16	0,13
Aragón	--	--	--	0,01	0,07
Asturias (Principado de)	0,01	0,00	0,01	0,15	0,14
Baleares (Islas)	--	--	--	--	--
Canarias	0,11	0,11	0,14	0,15	0,16
Cantabria	--	--	--	-0,03	0,00
Castilla y León	0,01	0,01	0,02	--	--
Castilla-La Mancha	--	--	--	--	0,21
Cataluña	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09
Comunidad Valenciana	0,09	0,08	0,08	0,09	0,12
Extremadura	--	--	--	0,13	0,14
Galicia	0,10	0,11	0,12	0,14	0,13
Madrid (Comunidad de)	0,07	0,05	0,05	0,22	0,20
Murcia (Región de)	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Navarra (Comunidad Foral de)	0,26	0,33	0,33	0,13	0,23
País Vasco	0,15	0,27	0,26	0,21	0,21
Rioja (La)	--	--	--	--	--
Ceuta	--	--	--	--	--
Melilla	--	--	--	--	--
Gasto consolidado del sector CCAA	0,08	0,09	0,09	0,11	0,12

INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN

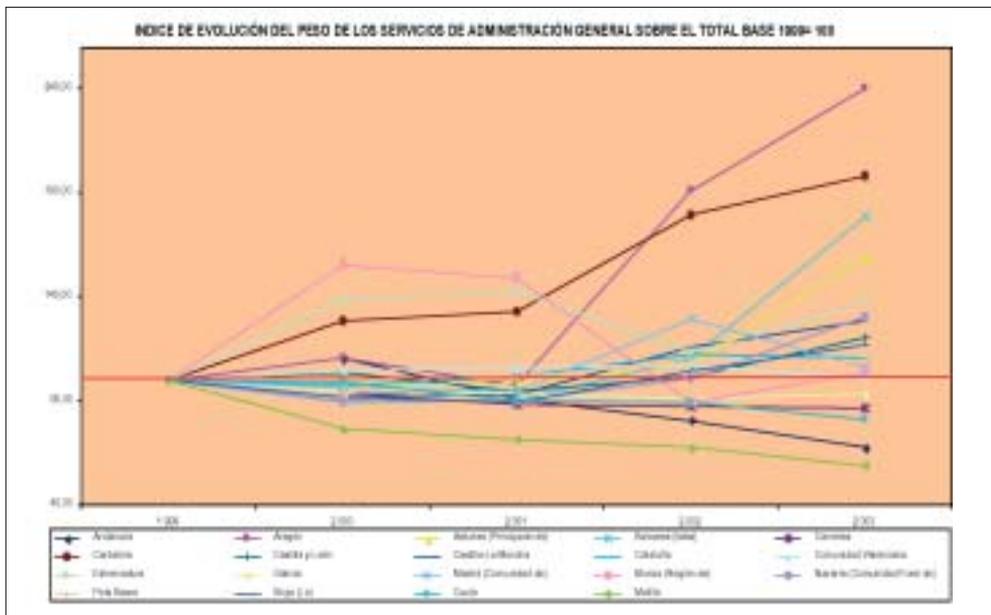
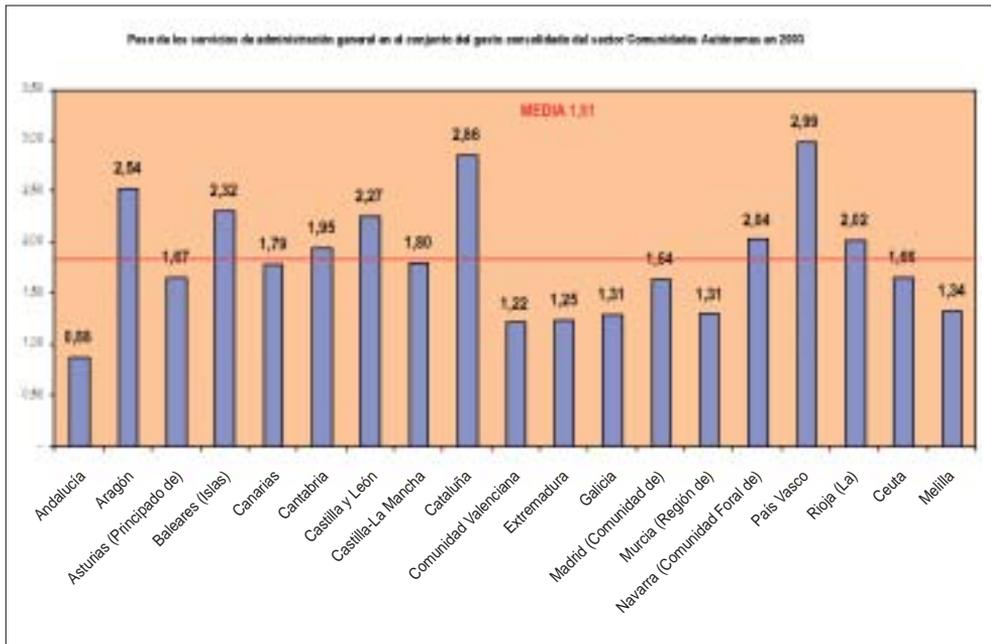
	Porcentaje de variación interanual				TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003			
Andalucía	16,28	-4,53	31,35	-10,30	6,94	13,40	3,55
Aragón	--	--	--	523,96	--	--	--
Asturias (Principado de)	-47,25	169,19	1.908,84	10,48	136,93	205,54	12,40
Baleares (Islas)	--	--	--	--	--	--	--
Canarias	11,43	31,62	18,12	22,10	20,60	20,10	13,62
Cantabria	--	--	--	--	--	--	--
Castilla y León	-27,65	134,09	-100,00	--	-100,00	-100,00	19,20
Castilla-La Mancha	--	--	--	--	--	--	--
Cataluña	-0,20	16,22	8,28	22,00	11,26	7,89	5,07
Comunidad Valenciana	-5,98	8,57	17,55	56,28	17,02	6,26	0,69
Extremadura	--	--	--	14,55	--	--	--
Galicia	23,72	15,21	24,48	2,81	16,22	21,06	12,54
Madrid (Comunidad de)	-33,96	21,97	338,14	3,15	38,13	52,25	-6,96
Murcia (Región de)	6,84	8,55	8,20	42,23	15,58	7,86	5,06
Navarra (Comunidad Foral de)	37,45	5,65	-57,27	90,48	4,27	-14,70	13,24
País Vasco	85,84	1,54	-12,35	6,65	15,24	18,26	23,57
Rioja (La)	--	--	--	--	--	--	--
Ceuta	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	--	--	--	--	--	--	--
Gasto consolidado del sector CCAA	13,95	7,95	42,45	20,78	20,62	20,56	10,91

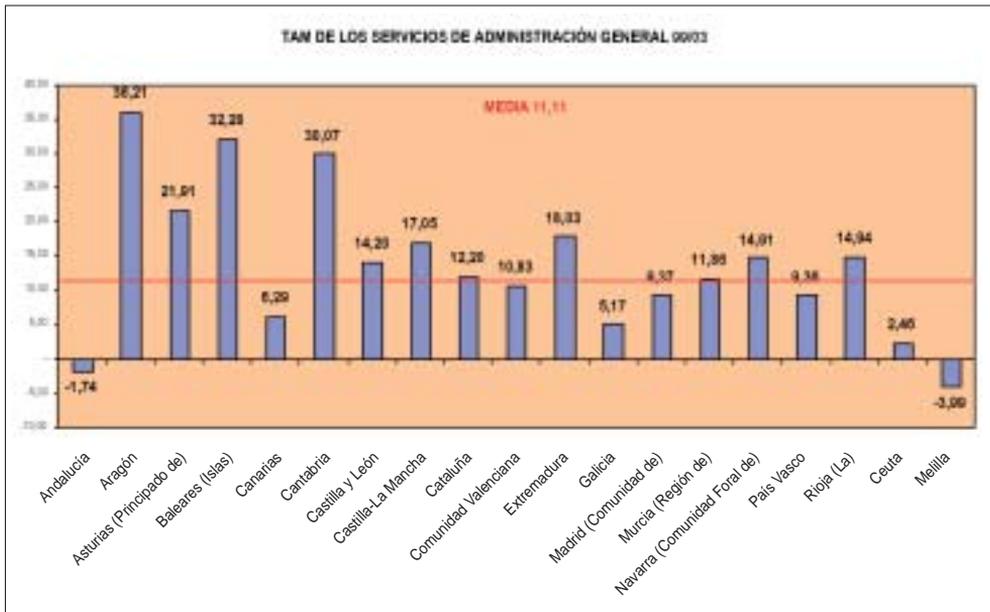
II.2.7.6. *Gastos de administración general*

Los gastos de administración general suponen, en 2003, un 1,81% del gasto consolidado del sector (oscilando entre un 0,88% y un 2,99%). Tomando como referencia el gasto en servicios colectivos, la administración general tiene un peso relativo del 93,92% del mismo.

La evolución del peso de este gasto entre 1999 y 2003 ha sido creciente con carácter general (esta partida del gasto gana peso en trece comunidades autónomas).

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo, para el conjunto del gasto en administración general, ésta ha sido de 11,11%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el -3,99% y el 36,21%.



**ADMINISTRACIÓN GENERAL**

Miles de euros corrientes

	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	61.099	76.440	65.481	62.084	56.960
Aragón	9.101	10.701	10.376	22.032	31.328
Asturias (Principado de)	8.321	8.521	9.331	11.076	18.379
Baleares (Islas)	6.264	5.988	6.682	10.144	19.180
Canarias	25.226	25.691	25.986	28.798	32.202
Cantabria	3.859	5.376	6.225	9.322	11.045
Castilla y León	31.752	35.360	34.410	39.795	54.010
Castilla-La Mancha	15.484	15.629	16.740	24.100	29.067
Cataluña	112.780	118.914	133.445	159.783	178.735
Comunidad Valenciana	32.278	37.302	40.622	45.092	48.700
Extremadura	6.615	9.844	10.753	9.970	12.840
Galicia	27.184	27.083	29.225	29.573	33.259
Madrid (Comunidad de)	52.790	53.541	57.021	83.301	75.524
Murcia (Región de)	9.446	16.200	16.943	11.153	14.791
Navarra (Comunidad Foral de)	7.145	6.949	7.260	8.827	12.457
País Vasco	44.340	44.036	50.906	58.749	63.413
Rioja (La)	3.153	3.160	3.322	4.434	5.502
Ceuta	910	950	924	1.001	1.003
Melilla	982	851	885	878	834
Gasto consolidado del sector CCAA	458.728	502.534	526.534	620.114	699.230

ADMINISTRACIÓN GENERAL

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1,32	1,45	1,19	1,06	0,88
Aragón	1,06	1,17	1,03	2,03	2,54
Asturias (Principado de)	1,05	1,01	1,03	1,13	1,67
Baleares (Islas)	1,30	1,16	1,17	1,44	2,32
Canarias	2,06	1,92	1,83	1,80	1,79
Cantabria	0,99	1,27	1,31	1,77	1,95
Castilla y León	1,89	1,95	1,78	1,92	2,27
Castilla-La Mancha	1,40	1,32	1,30	1,62	1,80
Cataluña	2,59	2,52	2,64	2,91	2,86
Comunidad Valenciana	1,21	1,26	1,28	1,29	1,22
Extremadura	0,91	1,25	1,30	1,03	1,25
Galicia	1,40	1,32	1,31	1,27	1,31
Madrid (Comunidad de)	1,55	1,49	1,46	2,00	1,64
Murcia (Región de)	1,27	1,98	1,90	1,13	1,31
Navarra (Comunidad Foral de)	1,56	1,41	1,40	1,57	2,04
País Vasco	2,74	2,58	2,78	2,98	2,99
Rioja (La)	1,74	1,59	1,55	1,82	2,02
Ceuta	2,04	2,02	1,85	1,82	1,66
Melilla	2,27	1,73	1,62	1,53	1,34
Gasto consolidado del sector CCAA	1,68	1,69	1,65	1,79	1,81

ADMINISTRACIÓN GENERAL

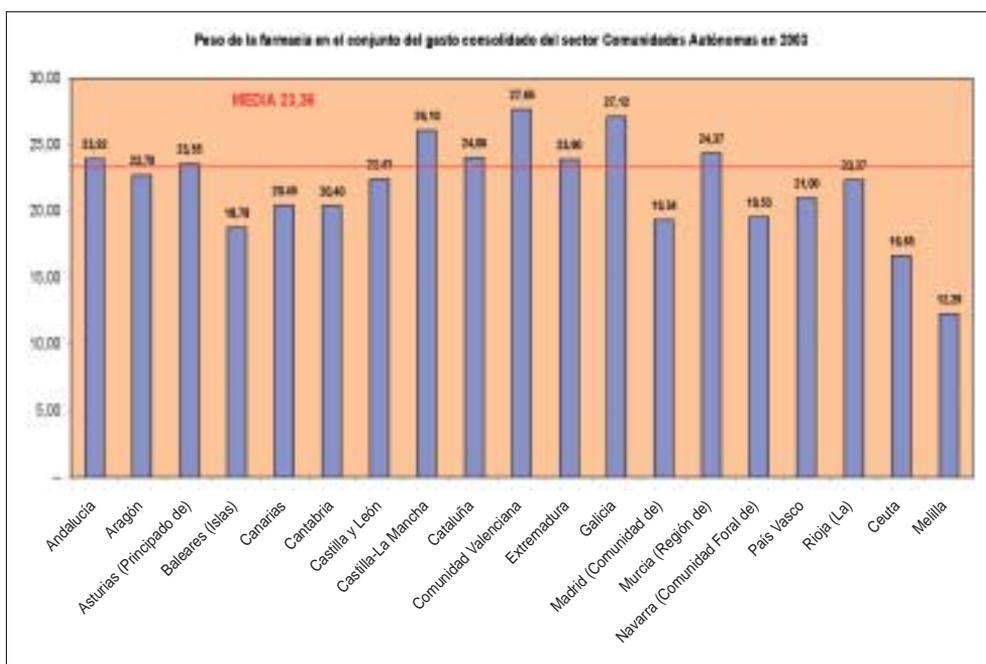
	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	25,11	-14,34	-5,19	-8,25	-1,74	0,53	2,34
Aragón	17,59	-3,04	112,33	42,19	36,21	34,27	4,47
Asturias (Principado de)	2,40	9,51	18,71	65,93	21,91	10,00	3,89
Baleares (Islas)	-4,41	11,59	51,83	89,07	32,28	17,44	2,18
Canarias	1,84	1,15	10,82	11,82	6,29	4,51	0,99
Cantabria	39,30	15,78	49,76	18,49	30,07	34,17	17,27
Castilla y León	11,36	-2,69	15,65	35,72	14,20	7,82	2,72
Castilla-La Mancha	0,93	7,11	43,97	20,61	17,05	15,89	2,63
Cataluña	5,44	12,22	19,74	11,86	12,20	12,31	5,77
Comunidad Valenciana	15,56	8,90	11,00	8,00	10,83	11,79	7,96
Extremadura	48,82	9,23	-7,28	28,78	18,03	14,66	17,58
Galicia	-0,37	7,91	1,19	12,46	5,17	2,85	2,44
Madrid (Comunidad de)	1,42	6,50	46,09	-9,34	9,37	16,42	2,60
Murcia (Región de)	71,51	4,58	-34,17	32,61	11,86	5,69	21,50
Navarra (Comunidad Foral de)	-2,76	4,48	21,58	41,13	14,91	7,30	0,53
País Vasco	-0,69	15,60	15,41	7,94	9,36	9,83	4,71
Rioja (La)	0,22	5,15	33,48	24,08	14,94	12,05	1,76
Ceuta	4,39	-2,74	8,38	0,15	2,46	3,24	0,51
Melilla	-13,37	4,04	-0,77	-4,98	-3,99	-3,65	-3,40
Gasto consolidado del sector CCAA	9,55	4,78	17,77	12,76	11,11	10,57	7,14

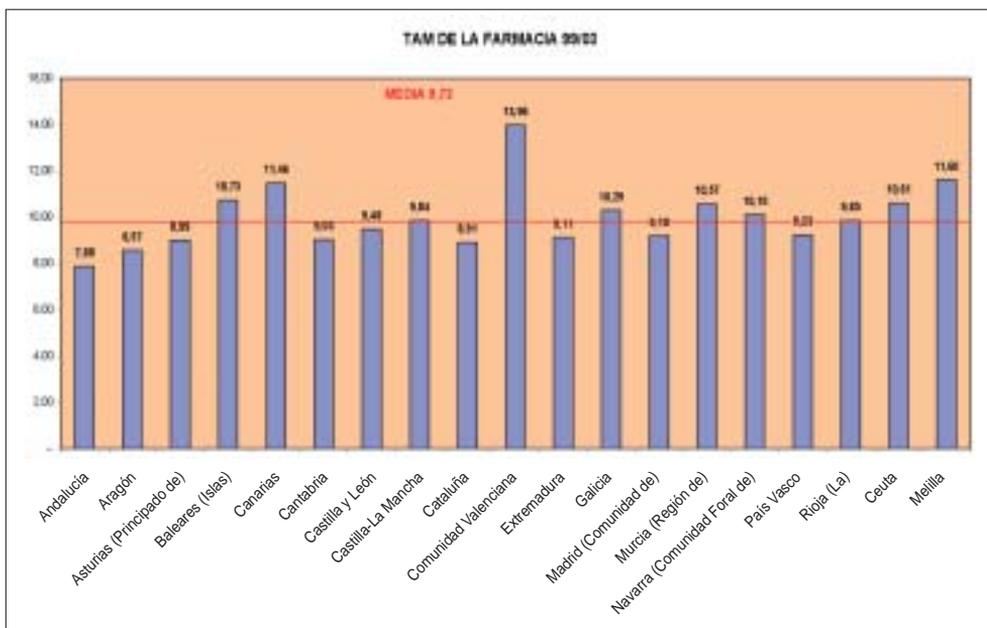
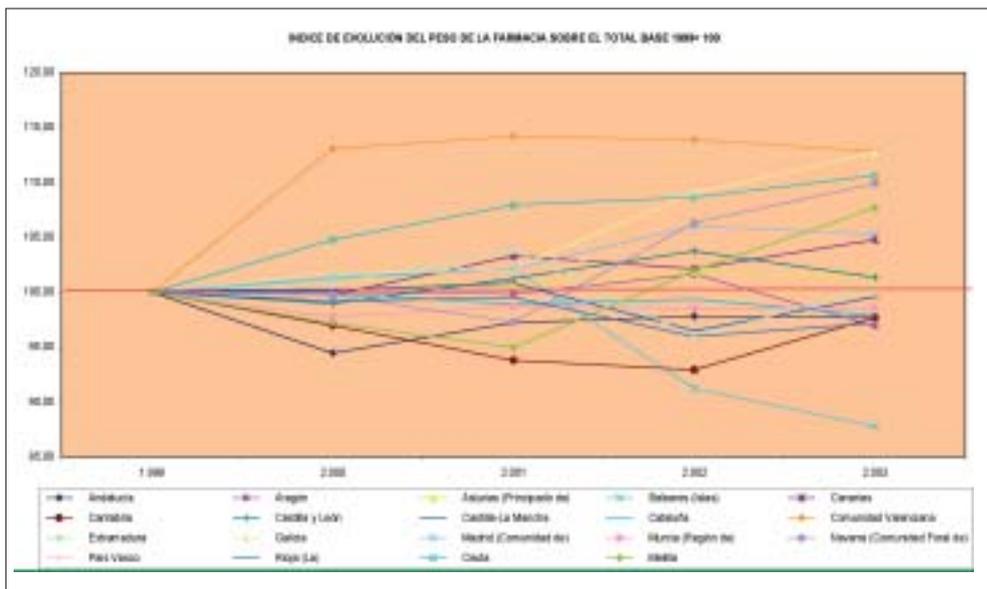
II.2.7.7. Gasto en farmacia (recetas)

El gasto en farmacia supone, en 2003, un 23,36% del gasto sanitario total del sector, oscilando por comunidades entre un 12,29% y un 27,65%.

La evolución del peso de este gasto entre 1999 y 2003 ha sido creciente con carácter general (esta partida del gasto gana o mantiene peso en once comunidades autónomas).

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo para el gasto en farmacia, ésta ha sido de 9,72%, oscilando éstas entre el 7,88% y el 13,96%. Este es el componente del gasto más dinámico entre aquellos que tienen mayor peso (primaria, especializada y farmacia). Sus tasas de crecimiento anual en el periodo analizado han pasado de 9,41% en 2000 a 11,78% en 2003, registrándose los mayores crecimientos en 2002 y 2003.





FARMACIA

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1.137.212	1.215.668	1.305.001	1.403.477	1.540.350
Aragón	201.268	214.371	235.455	258.677	279.638
Asturias (Principado de)	184.099	197.708	211.399	232.011	259.804
Baleares (Islas)	103.122	111.509	124.344	137.261	155.046
Canarias	238.843	260.065	286.829	318.151	368.659
Cantabria	81.574	85.790	92.871	102.115	115.267
Castilla y León	372.253	397.867	434.078	475.732	534.804
Castilla-La Mancha	288.933	311.116	340.205	375.289	420.569
Cataluña	1.068.724	1.159.562	1.227.443	1.343.007	1.503.515
Comunidad Valenciana	655.485	818.803	888.332	976.887	1.105.667
Extremadura	173.484	188.424	204.563	221.733	245.873
Galicia	467.025	502.114	548.013	611.105	691.081
Madrid (Comunidad de)	626.865	668.927	731.717	809.300	890.669
Murcia (Región de)	184.112	198.138	218.155	239.992	275.186
Navarra (Comunidad Foral de)	81.358	87.232	89.629	105.972	119.555
País Vasco	312.515	341.260	360.145	397.558	444.876
Rioja (La)	41.805	45.317	49.062	53.886	60.863
Ceuta	6.704	7.432	8.124	8.993	10.034
Melilla	4.934	5.442	5.903	6.663	7.654
Gasto consolidado del sector CCAA	6.230.317	6.816.744	7.361.268	8.077.809	9.029.110

FARMACIA

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	24,49	23,13	23,81	23,95	23,92
Aragón	23,42	23,43	23,38	23,80	22,70
Asturias (Principado de)	23,20	23,47	23,32	23,62	23,55
Baleares (Islas)	21,40	21,66	21,85	19,53	18,78
Canarias	19,52	19,47	20,17	19,94	20,45
Cantabria	20,87	20,24	19,58	19,39	20,40
Castilla y León	22,13	21,90	22,41	22,96	22,43
Castilla-La Mancha	26,21	26,26	26,42	25,29	26,10
Cataluña	24,58	24,55	24,31	24,42	24,06
Comunidad Valenciana	24,51	27,70	27,98	27,90	27,65
Extremadura	23,80	23,98	24,69	22,83	23,90
Galicia	24,05	24,45	24,58	26,22	27,12
Madrid (Comunidad de)	18,37	18,64	18,76	19,48	19,34
Murcia (Región de)	24,72	24,16	24,40	24,35	24,37
Navarra (Comunidad Foral de)	17,77	17,73	17,29	18,89	19,53
País Vasco	19,32	19,96	19,66	20,20	21,00
Rioja (La)	23,02	22,83	22,92	22,10	22,37
Ceuta	15,06	15,77	16,25	16,36	16,65
Melilla	11,41	11,09	10,84	11,63	12,29
Gasto consolidado del sector CCAA	22,76	22,94	23,13	23,32	23,36

FARMACIA

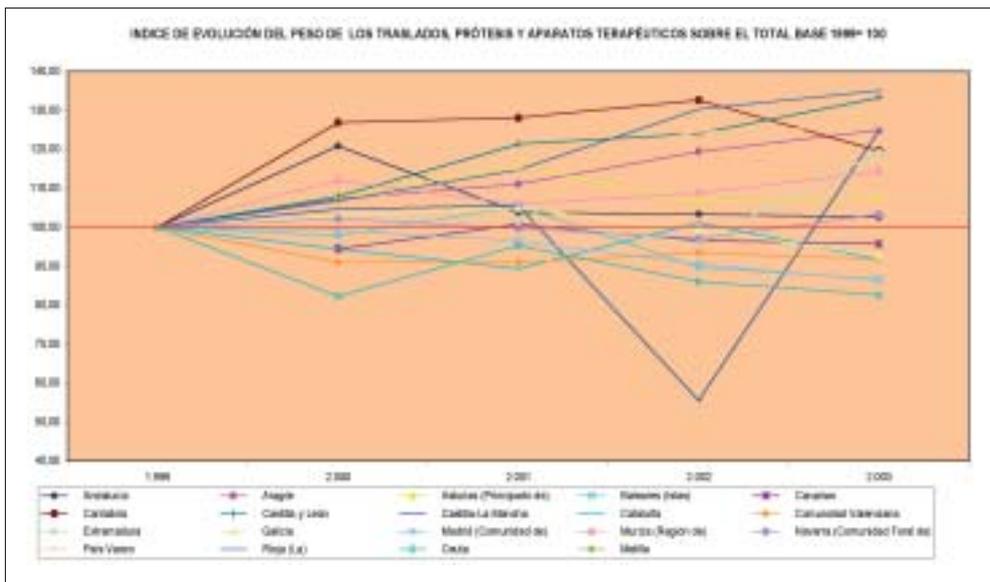
	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	6,90	7,35	7,55	9,75	7,88	7,26	7,12
Aragón	6,51	9,84	9,86	8,10	8,57	8,72	8,16
Asturias (Principado de)	7,39	6,92	9,75	11,98	8,99	8,02	7,16
Baleares (Islas)	8,13	11,51	10,39	12,96	10,73	10,00	9,81
Canarias	8,89	10,29	10,92	15,88	11,46	10,03	9,59
Cantabria	5,17	8,25	9,95	12,88	9,03	7,77	6,70
Castilla y León	6,88	9,10	9,60	12,42	9,48	8,52	7,99
Castilla-La Mancha	7,68	9,35	10,31	12,07	9,84	9,11	8,51
Cataluña	8,50	5,85	9,41	11,95	8,91	7,91	7,17
Comunidad Valenciana	24,92	8,49	9,97	13,18	13,96	14,22	16,41
Extremadura	8,61	8,57	8,39	10,89	9,11	8,52	8,59
Galicia	7,51	9,14	11,51	13,09	10,29	9,38	8,32
Madrid (Comunidad de)	6,71	9,39	10,60	10,05	9,18	8,89	8,04
Murcia (Región de)	7,62	10,10	10,01	14,66	10,57	9,24	8,85
Navarra (Comunidad Foral de)	7,22	2,75	18,23	12,82	10,10	9,21	4,96
Pais Vasco	9,20	5,53	10,39	11,90	9,23	8,35	7,35
Rioja (La)	8,40	8,26	9,83	12,95	9,85	8,83	8,33
Ceuta	10,86	9,32	10,69	11,58	10,61	10,28	10,08
Melilla	10,28	8,48	12,87	14,88	11,60	10,53	9,38
Gasto consolidado del sector CCAA	9,41	7,99	9,73	11,78	9,72	9,04	8,70

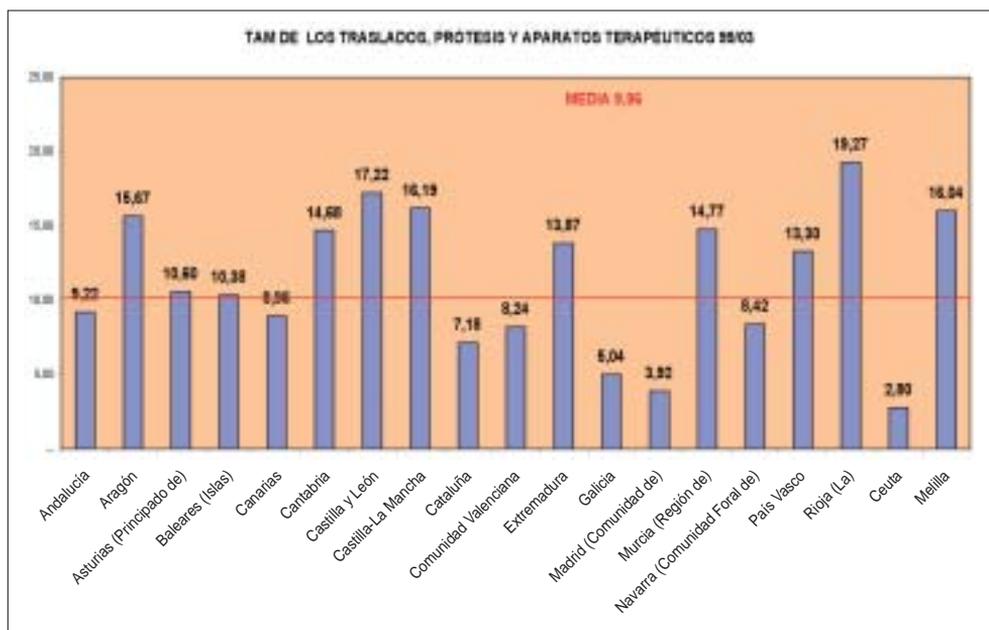
II.2.7.8. *Gastos de traslado de enfermos, prótesis y aparatos terapéuticos*

Los gastos de traslado, prótesis y aparatos terapéuticos suponen, en 2003, un 1,47% del gasto sanitario total del sector (oscilando por comunidades entre un 0,70% y un 3,39%).

La evolución del peso de este gasto entre 1999 y 2003 ha sido creciente con carácter general y esta partida del gasto ha ganado peso en once comunidades autónomas.

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual media del periodo para este gasto, ésta ha sido de 9,96%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el 2,80% y el 19,27%.





TRASLADO, PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	91.936	125.703	112.684	119.929	130.813
Aragón	9.939	11.348	12.940	15.008	17.793
Asturias (Principado de)	6.571	7.542	8.682	8.675	9.833
Baleares (Islas)	9.427	9.849	11.731	12.348	13.993
Canarias	28.099	28.972	32.905	35.397	39.603
Cantabria	3.539	4.868	5.499	6.324	6.121
Castilla y León	21.299	24.815	29.761	32.561	40.213
Castilla-La Mancha	19.049	21.416	23.477	14.212	34.715
Cataluña	69.221	70.941	71.836	88.564	91.339
Comunidad Valenciana	30.983	31.154	33.457	37.893	42.524
Extremadura	13.490	14.846	15.552	17.243	22.680
Galicia	18.595	20.248	22.398	22.172	22.637
Madrid (Comunidad de)	27.637	28.835	30.466	30.459	32.234
Murcia (Región de)	8.878	10.950	11.287	12.768	15.403
Navarra (Comunidad Foral de)	5.917	6.499	6.677	7.041	8.176
País Vasco	19.552	21.908	25.434	29.634	32.215
Rioja (La)	2.157	2.517	2.916	3.775	4.364
Ceuta	1.063	926	1.137	1.129	1.187
Melilla	1.166	1.537	1.844	2.055	2.114
Gasto consolidado del sector CCAA	388.518	444.874	460.684	497.187	567.958

TRASLADO, PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1,98	2,39	2,06	2,05	2,03
Aragón	1,16	1,24	1,28	1,38	1,44
Asturias (Principado de)	0,83	0,90	0,96	0,88	0,89
Baleares (Islas)	1,96	1,91	2,06	1,76	1,70
Canarias	2,30	2,17	2,31	2,22	2,20
Cantabria	0,91	1,15	1,16	1,20	1,08
Castilla y León	1,27	1,37	1,54	1,57	1,69
Castilla-La Mancha	1,73	1,81	1,82	0,96	2,15
Cataluña	1,59	1,50	1,42	1,61	1,46
Comunidad Valenciana	1,16	1,05	1,05	1,08	1,06
Extremadura	1,85	1,89	1,88	1,78	2,20
Galicia	0,96	0,99	1,00	0,95	0,89
Madrid (Comunidad de)	0,81	0,80	0,78	0,73	0,70
Murcia (Región de)	1,19	1,34	1,26	1,30	1,36
Navarra (Comunidad Foral de)	1,29	1,32	1,29	1,26	1,34
País Vasco	1,21	1,28	1,39	1,51	1,52
Rioja (La)	1,19	1,27	1,36	1,55	1,60
Ceuta	2,39	1,97	2,27	2,05	1,97
Melilla	2,70	3,13	3,39	3,59	3,39
Gasto consolidado del sector CCAA	1,42	1,50	1,45	1,44	1,47

TRASLADO, PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS

	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	36,73	-10,36	6,43	9,08	9,22	9,26	10,71
Aragón	14,18	14,03	15,98	18,55	15,67	14,73	14,10
Asturias (Principado de)	14,77	15,12	-0,09	13,35	10,60	9,70	14,95
Baleares (Islas)	4,47	19,11	5,26	13,32	10,38	9,41	11,55
Canarias	3,11	13,57	7,57	11,88	8,96	8,00	8,21
Cantabria	37,57	12,97	15,00	-3,21	14,68	21,36	24,66
Castilla y León	16,51	19,93	9,41	23,50	17,22	15,20	18,21
Castilla-La Mancha	12,43	9,63	-39,47	144,26	16,19	-9,30	11,02
Cataluña	2,48	1,26	23,29	3,13	7,18	8,56	1,87
Comunidad Valenciana	0,55	7,39	13,26	12,22	8,24	6,94	3,92
Extremadura	10,05	4,76	10,87	31,53	13,87	8,53	7,37
Galicia	8,89	10,62	-1,01	2,10	5,04	6,04	9,75
Madrid (Comunidad de)	4,33	5,66	-0,03	5,83	3,92	3,29	4,99
Murcia (Región de)	23,35	3,07	13,12	20,64	14,77	12,88	12,76
Navarra (Comunidad Foral de)	9,84	2,73	5,45	16,13	8,42	5,97	6,23
País Vasco	12,05	16,10	16,51	8,71	13,30	14,87	14,05
Rioja (La)	16,68	15,84	29,47	15,62	19,27	20,51	16,26
Ceuta	-12,88	22,74	-0,66	5,14	2,80	2,03	3,41
Melilla	31,84	19,94	11,47	2,86	16,04	20,79	25,75
Gasto consolidado del sector CCAA	14,51	3,55	7,92	14,23	9,96	8,57	8,89

Gastos de traslado de enfermos

Los gastos de traslado de enfermos ascienden, en 2003, a 436,06 millones de euros, lo que supone un 1,13% del gasto total (oscilando entre un 0,013% y un 3,30%).

En el conjunto del sector, entre 1999 y 2003, el peso de esta componente del gasto ha mantenido su peso en el total. Se apunta una recuperación en el año 2003.

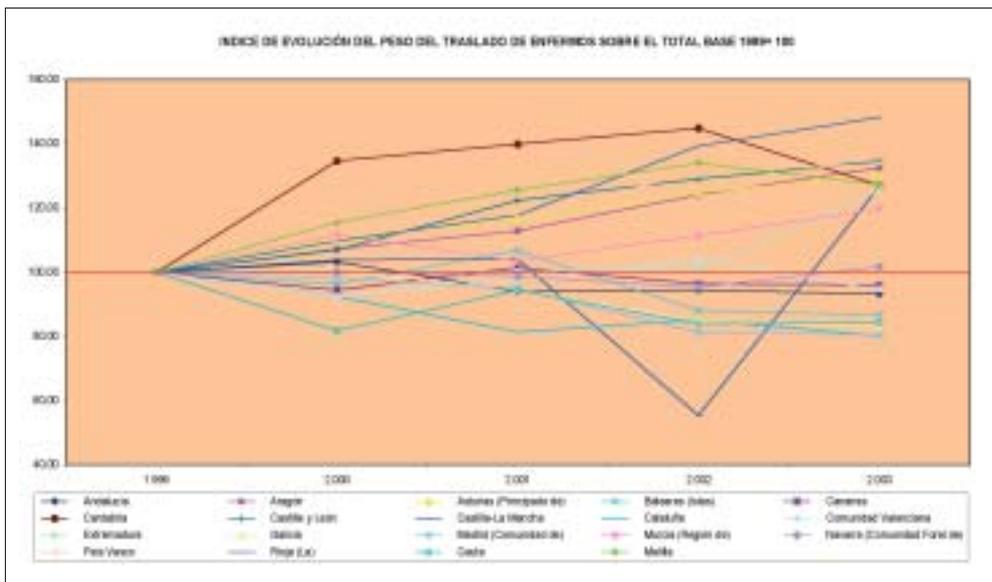
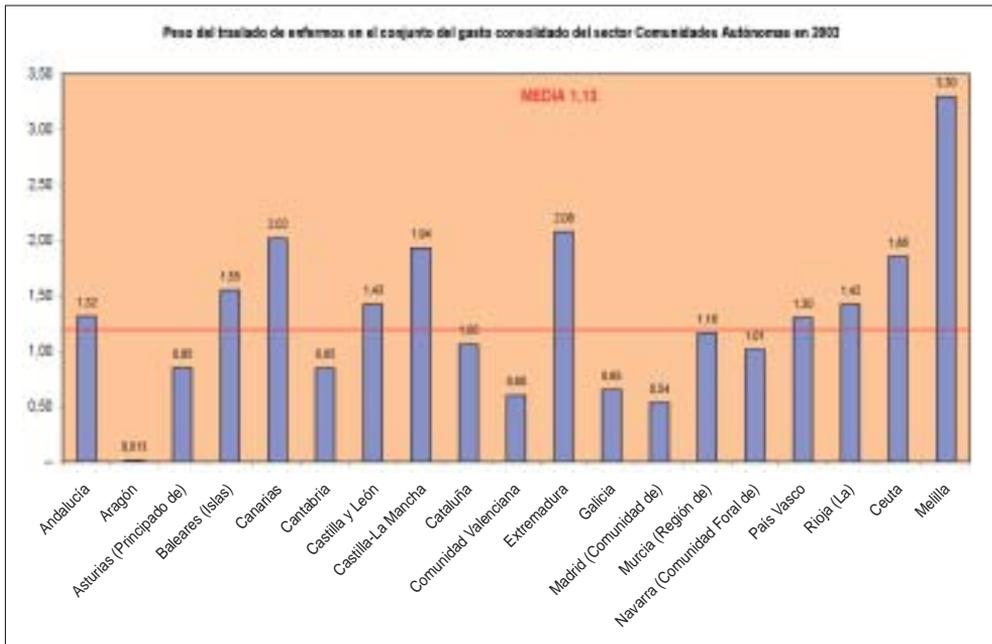
Por lo que se refiere a las tasas de crecimiento anual medio del periodo para el conjunto del gasto en traslado de enfermos, éste ha sido de 9,20%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el 2,21% y el 22,06%.

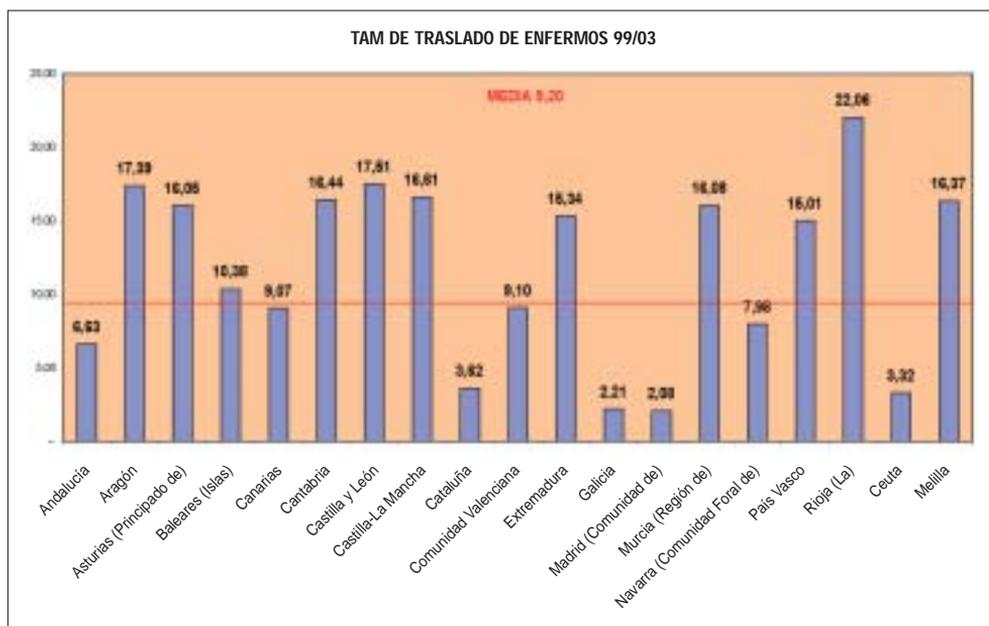
Se observa que Baleares y, de manera aún más destacada, Canarias, destinan a esta partida una proporción de su gasto superior a la media, lo que puede asociarse a su condición de territorios insulares. Esta proporción de gasto también es destacada en el caso de Ceuta y Melilla. Si bien es cierto que la condición de insularidad impide aprovechar economías de escala de las que sí disfrutaban los territorios peninsulares, lo que conlleva gastos adicionales, no sólo de traslado de enfermos, sino también de infraestructuras y de funcionamiento, con el análisis efectuado ha sido imposible determinar de manera precisa el impacto que la condición de insularidad propia de Baleares y Canarias ha ejercido en el gasto sanitario público durante el período considerado. Esta cuestión debería ser tratada a partir de datos adicionales y con el empleo de otros modelos de análisis adaptados a dichos datos.

Por otro lado, Comunidades como Extremadura o Castilla-La Mancha, que tienen una mayor dispersión relativa, también registran proporciones de gasto en traslado de enfermos superiores a la media, no se ha detectado una asociación estadística relevante entre los datos de gasto en traslados y las variables de dispersión geográfica.

II. Descripción del Gasto Sanitario

II.2. Gasto consolidado del sector Comunidades Autónomas





TRASLADO DE ENFERMOS

Miles de euros corrientes

	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	65.543	76.586	72.725	78.097	84.730
Aragón	8.237	9.400	10.901	12.927	15.643
Asturias (Principado de)	5.170	6.066	6.870	7.982	9.377
Baleares (Islas)	8.635	8.883	10.878	11.089	12.817
Canarias	25.743	26.545	30.326	32.331	36.435
Cantabria	2.603	3.799	4.416	5.079	4.784
Castilla y León	17.831	20.587	25.106	28.345	34.002
Castilla-La Mancha	16.873	18.812	20.522	12.558	31.199
Cataluña	57.577	57.829	54.440	62.114	66.389
Comunidad Valenciana	17.005	17.347	19.709	23.118	24.093
Extremadura	12.076	12.967	13.746	16.293	21.369
Galicia	15.182	16.118	16.479	15.472	16.569
Madrid (Comunidad de)	22.733	23.423	24.636	22.491	24.687
Murcia (Región de)	7.237	8.898	8.995	10.669	13.140
Navarra (Comunidad Foral de)	4.562	4.906	5.102	5.331	6.203
País Vasco	15.761	18.254	20.984	25.146	27.580
Rioja (La)	1.744	2.092	2.422	3.262	3.870
Ceuta	981	849	1.040	1.015	1.118
Melilla	1.122	1.470	1.775	1.992	2.057
Gasto consolidado del sector CCAA	306.612	334.831	351.072	375.311	436.062

TRASLADO DE ENFERMOS

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1,41	1,46	1,33	1,33	1,32
Aragón	0,010	0,010	0,011	0,012	0,013
Asturias (Principado de)	0,65	0,72	0,76	0,81	0,85
Baleares (Islas)	1,79	1,73	1,91	1,58	1,55
Canarias	2,10	1,99	2,13	2,03	2,02
Cantabria	0,67	0,90	0,93	0,96	0,85
Castilla y León	1,06	1,13	1,30	1,37	1,43
Castilla-La Mancha	1,53	1,59	1,59	0,85	1,94
Cataluña	1,32	1,22	1,08	1,13	1,06
Comunidad Valenciana	0,64	0,59	0,62	0,66	0,60
Extremadura	1,66	1,65	1,66	1,68	2,08
Galicia	0,78	0,78	0,74	0,66	0,65
Madrid (Comunidad de)	0,67	0,65	0,63	0,54	0,54
Murcia (Región de)	0,97	1,09	1,01	1,08	1,16
Navarra (Comunidad Foral de)	1,00	1,00	0,98	0,95	1,01
País Vasco	0,97	1,07	1,15	1,28	1,30
Rioja (La)	0,96	1,05	1,13	1,34	1,42
Ceuta	2,20	1,80	2,08	1,85	1,86
Melilla	2,59	3,00	3,26	3,48	3,30
Gasto consolidado del sector CCAA	1,12	1,13	1,10	1,08	1,13

TRASLADO DE ENFERMOS

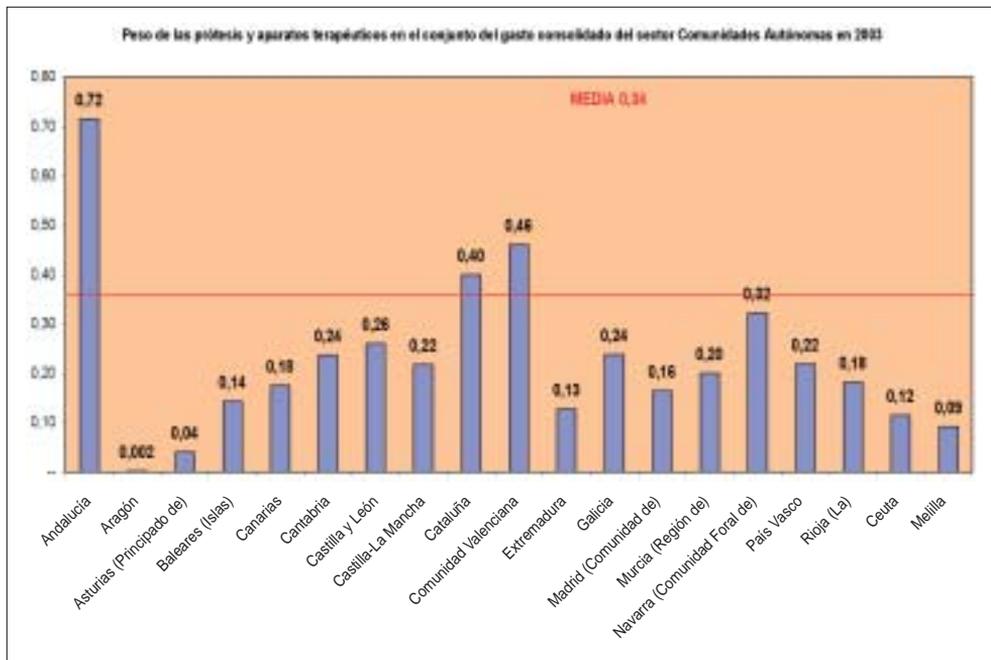
	Porcentaje de variación interanual						
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
Andalucía	16,85	-5,04	7,39	8,49	6,63	6,02	5,34
Aragón	14,13	15,97	18,59	21,01	17,39	16,21	15,04
Asturias (Principado de)	17,33	13,26	16,17	17,48	16,05	15,58	15,28
Baleares (Islas)	2,88	22,46	1,94	15,58	10,38	8,70	12,24
Canarias	3,11	14,25	6,61	12,70	9,07	7,89	8,54
Cantabria	45,97	16,24	15,00	-5,81	16,44	24,96	30,26
Castilla y León	15,46	21,95	12,90	19,96	17,51	16,71	18,66
Castilla-La Mancha	11,49	9,09	-38,81	148,44	16,61	-9,38	10,28
Cataluña	0,44	-5,86	14,10	6,88	3,62	2,56	-2,76
Comunidad Valenciana	2,01	13,61	17,30	4,22	9,10	10,78	7,66
Extremadura	7,38	6,01	18,53	31,15	15,34	10,50	6,69
Galicia	6,16	2,24	-6,11	7,09	2,21	0,63	4,18
Madrid (Comunidad de)	3,04	5,18	-8,70	9,76	2,08	-0,36	4,10
Murcia (Región de)	22,95	1,09	18,61	23,15	16,08	13,81	11,48
Navarra (Comunidad Foral de)	7,54	4,01	4,48	16,36	7,98	5,33	5,76
País Vasco	15,82	14,96	19,83	9,68	15,01	16,85	15,39
Rioja (La)	20,00	15,74	34,71	18,63	22,06	23,22	17,85
Ceuta	-13,48	22,58	-2,43	10,14	3,32	1,15	2,99
Melilla	31,03	20,76	12,22	3,26	16,37	21,09	25,79
Gasto consolidado del sector CCAA	9,20	4,85	6,90	16,19	9,20	6,97	7,00

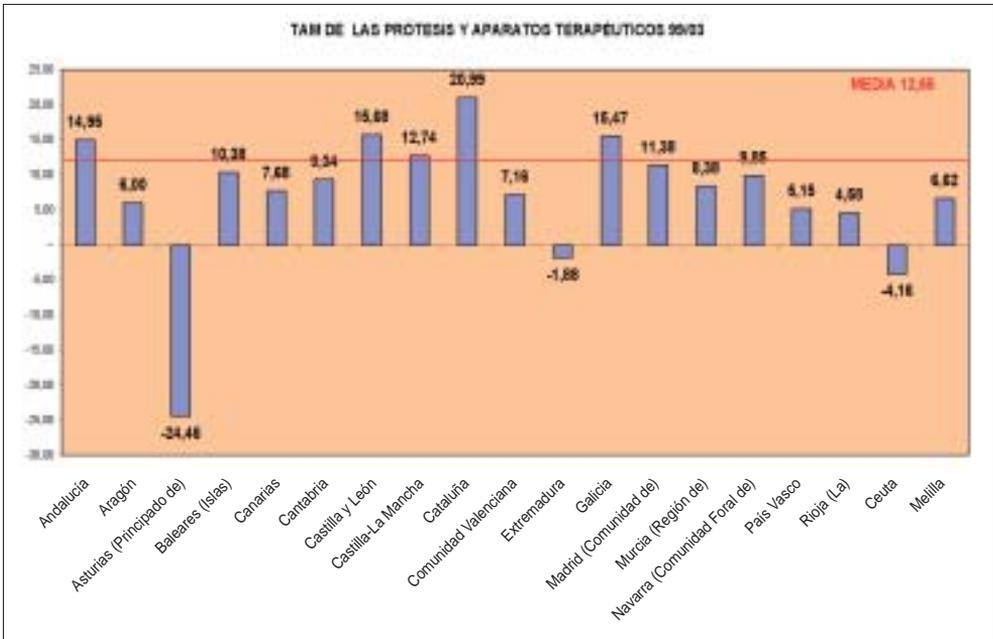
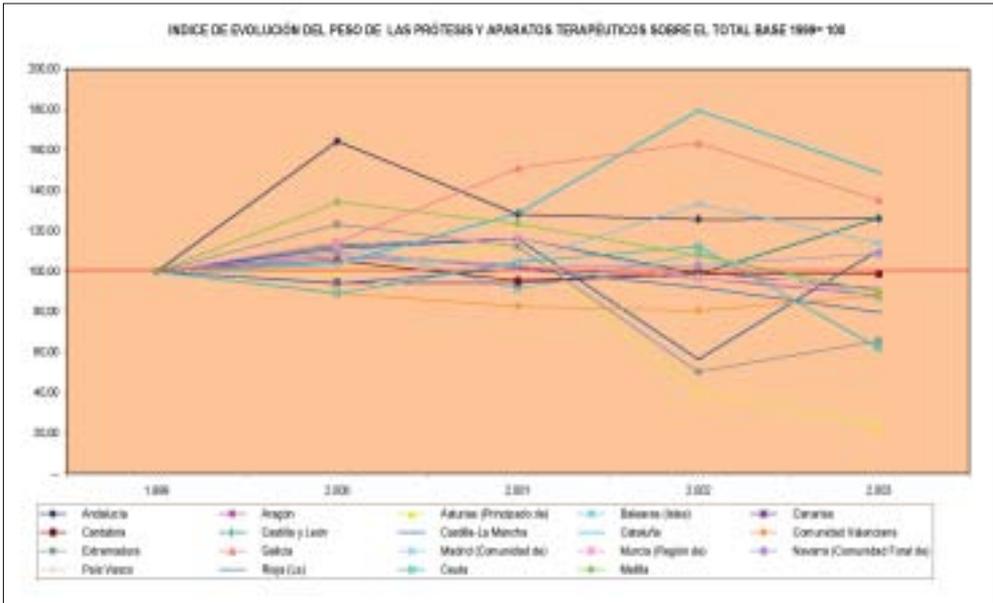
Gasto en prótesis y aparatos terapéuticos

Los gastos en prótesis y aparatos terapéuticos ascienden, en 2003, a 131,90 millones de euros, lo que supone un 0,34% del gasto total del sector (oscilando entre un 0,002% y un 0,72%).

En el conjunto del sector, entre 1999 y 2003, el peso de esta componente del gasto se ha incrementado.

Por lo que se refiere a la tasa de crecimiento anual medio del periodo para el gasto en prótesis y aparatos terapéuticos, ésta ha sido de 12,65%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el -24,46% y el 20,99%.





PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	26.393	49.117	39.959	41.832	46.083
Aragón	1.702	1.948	2.039	2.081	2.150
Asturias (Principado de)	1.401	1.476	1.812	693	456
Baleares (Islas)	793	966	853	1.259	1.177
Canarias	2.356	2.427	2.579	3.067	3.167
Cantabria	936	1.069	1.083	1.246	1.338
Castilla y León	3.468	4.228	4.654	4.216	6.210
Castilla-La Mancha	2.176	2.604	2.955	1.654	3.515
Cataluña	11.644	13.112	17.396	26.451	24.950
Comunidad Valenciana	13.978	13.807	13.749	14.775	18.431
Extremadura	1.415	1.879	1.807	950	1.311
Galicia	3.413	4.130	5.920	6.699	6.068
Madrid (Comunidad de)	4.904	5.412	5.831	7.967	7.547
Murcia (Región de)	1.640	2.052	2.292	2.099	2.263
Navarra (Comunidad Foral de)	1.355	1.593	1.575	1.710	1.974
País Vasco	3.791	3.654	4.450	4.488	4.635
Rioja (La)	413	424	494	512	494
Ceuta	82	77	96	114	69
Melilla	44	67	69	63	57
Gasto consolidado del sector CCAA	81.906	110.044	109.612	121.877	131.896

PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	0,57	0,93	0,73	0,71	0,72
Aragón	0,002	0,002	0,002	0,002	0,002
Asturias (Principado de)	0,18	0,18	0,20	0,07	0,04
Baleares (Islas)	0,16	0,19	0,15	0,18	0,14
Canarias	0,19	0,18	0,18	0,19	0,18
Cantabria	0,24	0,25	0,23	0,24	0,24
Castilla y León	0,21	0,23	0,24	0,20	0,26
Castilla-La Mancha	0,20	0,22	0,23	0,11	0,22
Cataluña	0,27	0,28	0,34	0,48	0,40
Comunidad Valenciana	0,52	0,47	0,43	0,42	0,46
Extremadura	0,19	0,24	0,22	0,10	0,13
Galicia	0,18	0,20	0,27	0,29	0,24
Madrid (Comunidad de)	0,14	0,15	0,15	0,19	0,17
Murcia (Región de)	0,22	0,25	0,26	0,21	0,20
Navarra (Comunidad Foral de)	0,30	0,32	0,30	0,30	0,32
País Vasco	0,23	0,21	0,24	0,23	0,22
Rioja (La)	0,23	0,21	0,23	0,21	0,18
Ceuta	0,18	0,16	0,19	0,21	0,12
Melilla	0,10	0,14	0,13	0,11	0,09
Gasto consolidado del sector CCAA	0,30	0,37	0,34	0,35	0,34

PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS

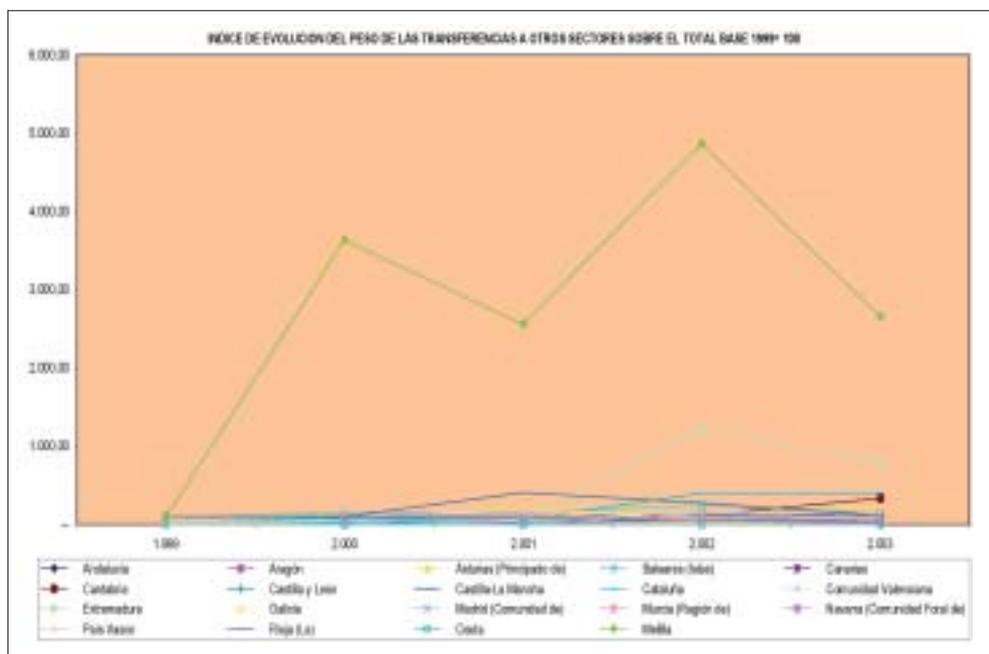
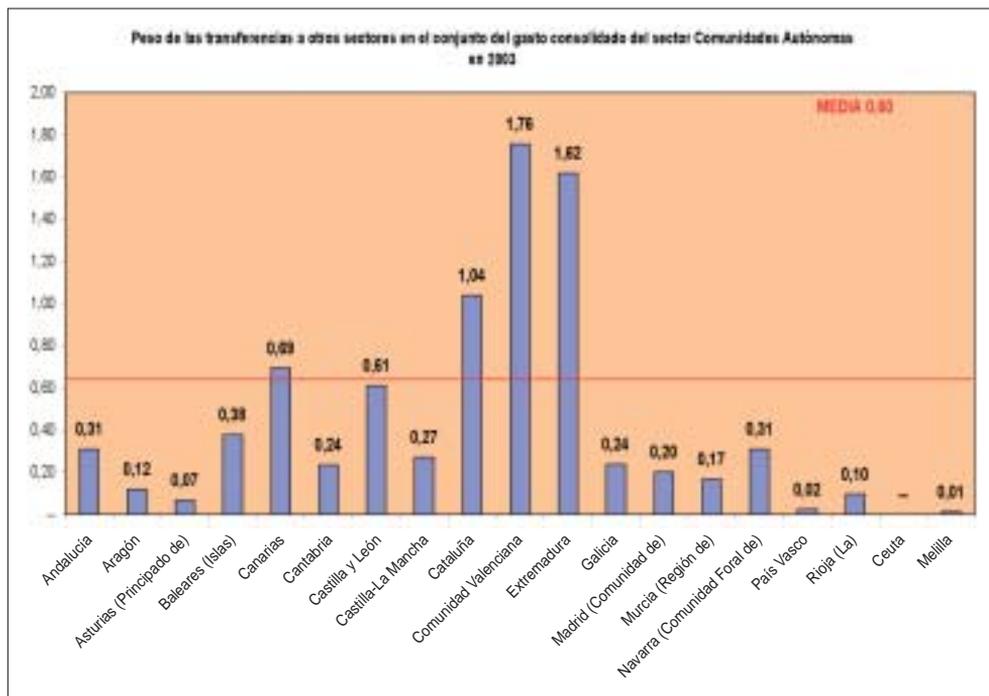
	Porcentaje de variación interanual				TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
	2000	2001	2002	2003			
Andalucía	86,10	-18,65	4,69	10,16	14,95	16,59	23,04
Aragón	14,43	4,68	2,06	3,28	6,00	6,93	9,45
Asturias (Principado de)	5,33	22,77	-61,75	-34,17	-24,46	-20,92	13,72
Baleares (Islas)	21,86	-11,72	47,66	-6,56	10,38	16,68	3,72
Canarias	3,03	6,24	18,92	3,27	7,68	9,19	4,62
Cantabria	14,20	1,34	15,00	7,39	9,34	10,00	7,58
Castilla y León	21,91	10,08	-9,41	47,29	15,68	6,73	15,84
Castilla-La Mancha	19,68	13,48	-44,04	112,53	12,74	-8,74	16,54
Cataluña	12,60	32,68	52,05	-5,67	20,99	31,46	22,23
Comunidad Valenciana	-1,23	-0,42	7,46	24,75	7,16	1,87	-0,82
Extremadura	32,86	-3,86	-47,42	38,03	-1,88	-12,43	13,02
Galicia	21,01	43,33	13,17	-9,43	15,47	25,21	31,70
Madrid (Comunidad de)	10,35	7,74	36,65	-5,27	11,38	17,56	9,04
Murcia (Región de)	25,10	11,68	-8,41	7,83	8,38	8,57	18,20
Navarra (Comunidad Foral de)	17,58	-1,19	8,59	15,44	9,85	8,05	7,79
País Vasco	-3,63	21,80	0,85	3,27	5,15	5,78	8,34
Rioja (La)	2,68	16,37	3,74	-3,50	4,58	7,42	9,31
Ceuta	-5,80	24,52	18,39	-39,24	-4,16	11,57	8,30
Melilla	52,46	2,05	-8,07	-9,65	6,62	12,67	24,73
Gasto consolidado del sector CCAA	34,35	-0,39	11,19	8,22	12,65	14,17	15,68

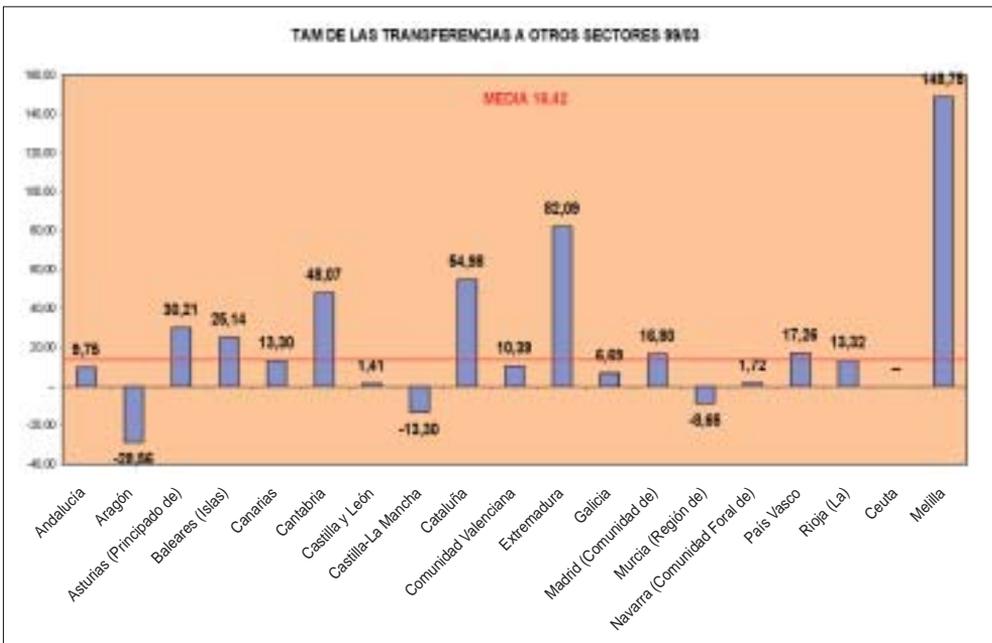
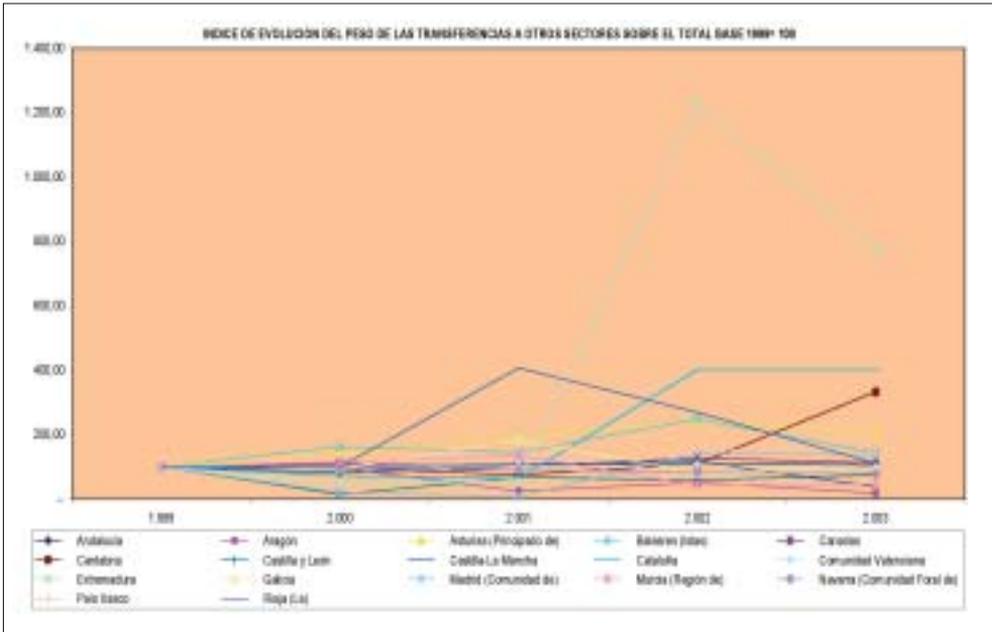
II.2.7.9. Transferencias corrientes a otros sectores

Las transferencias a otros sectores suponen, en 2003, un 0,60% del gasto total (oscilando entre un 0 % y un 1,76%).

La evolución del peso de este gasto entre 1999 y 2003 ha registrado importantes diferencias entre comunidades presentando incrementos y descensos pronunciados.

Por lo que se refiere a las tasas de crecimiento anual medio del periodo para el conjunto del gasto de transferencias a otros sectores, éste ha sido de 16,42%. Se observan importantes diferencias en las tasas anuales medias entre comunidades, oscilando éstas entre el -28,56% y el 148,75%.





TRANSFERENCIAS A OTROS SECTORES

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	13.798	12.960	16.229	19.533	20.019
Aragón	5.737	5.951	1.640	3.739	1.495
Asturias (Principado de)	263	399	577	789	756
Baleares (Islas)	1.274	2.217	2.177	4.624	3.125
Canarias	7.599	9.038	8.915	12.581	12.523
Cantabria	278	296	257	408	1.337
Castilla y León	13.799	2.226	10.914	10.026	14.592
Castilla-La Mancha	7.769	8.336	9.817	12.176	4.390
Cataluña	11.256	8.894	8.547	57.206	64.939
Comunidad Valenciana	47.319	51.405	56.019	66.575	70.269
Extremadura	1.515	785	975	24.837	16.662
Galicia	4.684	4.689	9.786	4.641	6.070
Madrid (Comunidad de)	5.021	1.106	521	8.672	9.346
Murcia (Región de)	2.721	3.474	4.404	1.576	1.895
Navarra (Comunidad Foral de)	1.777	1.821	1.809	1.812	1.902
País Vasco	274	514	520	515	518
Rioja (La)	160	175	767	580	264
Ceuta	--	--	--	--	--
Melilla	0	9	7	14	9
Gasto consolidado del sector CCAA	125.245	114.294	133.882	230.305	230.109

TRANSFERENCIAS A OTROS SECTORES

	Porcentaje sobre el total del gasto sanitario de la comunidad				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	0,30	0,25	0,30	0,33	0,31
Aragón	0,67	0,65	0,16	0,34	0,12
Asturias (Principado de)	0,03	0,05	0,06	0,08	0,07
Baleares (Islas)	0,26	0,43	0,38	0,66	0,38
Canarias	0,62	0,68	0,63	0,79	0,69
Cantabria	0,07	0,07	0,05	0,08	0,24
Castilla y León	0,82	0,12	0,56	0,48	0,61
Castilla-La Mancha	0,70	0,70	0,76	0,82	0,27
Cataluña	0,26	0,19	0,17	1,04	1,04
Comunidad Valenciana	1,77	1,74	1,76	1,90	1,76
Extremadura	0,21	0,10	0,12	2,56	1,62
Galicia	0,24	0,23	0,44	0,20	0,24
Madrid (Comunidad de)	0,15	0,03	0,01	0,21	0,20
Murcia (Región de)	0,37	0,42	0,49	0,16	0,17
Navarra (Comunidad Foral de)	0,39	0,37	0,35	0,32	0,31
País Vasco	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02
Rioja (La)	0,09	0,09	0,36	0,24	0,10
Ceuta	--	--	--	--	--
Melilla	0,00	0,02	0,01	0,03	0,01
Gasto consolidado del sector CCAA	0,46	0,38	0,42	0,66	0,60

TRANSFERENCIAS A OTROS SECTORES

	Porcentaje de variación interanual				TAM	TAM	TAM
	2000	2001	2002	2003	99/03	99/02	99/01
Andalucía	-6,07	25,22	20,36	2,49	9,75	12,28	8,45
Aragón	3,72	-72,44	127,99	-60,03	-28,56	-13,30	-46,53
Asturias (Principado de)	51,58	44,75	36,71	-4,16	30,21	44,22	48,13
Baleares (Islas)	73,97	-1,78	112,39	-32,42	25,14	53,67	30,72
Canarias	18,94	-1,36	41,12	-0,46	13,30	18,30	8,32
Cantabria	6,28	-13,15	59,13	227,28	48,07	13,67	-3,92
Castilla y León	-83,87	390,30	-8,14	45,55	1,41	-10,10	-11,07
Castilla-La Mancha	7,30	17,77	24,03	-63,95	-13,30	16,16	12,41
Cataluña	-20,98	-3,91	569,30	13,52	54,98	71,93	-12,86
Comunidad Valenciana	8,63	8,98	18,84	5,55	10,39	12,05	8,81
Extremadura	-48,17	24,10	2.448,01	-32,91	82,09	154,01	-19,80
Galicia	0,09	108,73	-52,57	30,77	6,69	-0,31	44,54
Madrid (Comunidad de)	-77,98	-52,91	1.565,49	7,77	16,80	19,98	-67,80
Murcia (Región de)	27,69	26,78	-64,23	20,25	-8,65	-16,65	27,23
Navarra (Comunidad Foral de)	2,47	-0,62	0,18	4,96	1,72	0,66	0,91
País Vasco	87,63	1,11	-1,01	0,66	17,26	23,38	37,74
Rioja (La)	9,63	337,26	-24,41	-54,49	13,32	53,60	118,94
Ceuta	--	--	--	--	--	--	--
Melilla	4.024,45	-21,81	99,86	-40,60	148,75	300,94	467,87
Gasto consolidado del sector CCAA	-8,74	17,14	72,02	-0,08	16,42	22,51	3,39

ANEXO I
**DISCREPANCIAS RELATIVAS A LOS DATOS
 DE GASTO SANITARIO PÚBLICO**

Cataluña:

Existe una discrepancia en el reparto efectuado de los conciertos entre gasto de personal y consumo intermedio, que no se ha podido conciliar debido a la disparidad entre el método utilizado por la CA –reparto de la cifra global de la clasificación económica– y las exigencias de trato de la información en la base de datos de la EGSP, especialmente en relación con la deuda. La disparidad se centra en el volumen del gasto de personal y es muy pequeña, excepto en el año 2000.

	1999	2000	2001	2002	2003
DIFERENCIA					
CAP I (miles euros)	-3.437	-99.924	-17.227	37.213	-17.250
%	0,17	4,44	0,74	1,50	0,61

Por razones similares y por coherencia con el tratamiento de la información con el resto de CCAA, siguen existiendo diferencias, cuya magnitud se recoge en el siguiente cuadro, entre los gastos de administración recogidos en el informe y los estimados por la CA.

Diferencias en el peso de los gastos de administración general sobre el gasto de la CA

	1999	2000	2001	2002	2003
Informe Grupo de Trabajo	2,59	2,52	2,64	2,91	2,57
CA Cataluña	2,51	2,31	2,30	2,64	2,28

Asturias:

La CA ha manifestado reiteradamente su disconformidad con la valoración de la deuda de 2001. El criterio adoptado ha sido el de mantener las cifras de INSALUD hasta 2001 y las de las CA a partir de dicho año. La diferencia en la valoración puede derivar de la consideración de las cifras incluidas por INSALUD en sus listados de gasto efectivo como deudas reales, o como ajustes de periodificación, como parece indicar la coincidencia en la mensualidad de recetas médicas de diciembre.

País Vasco:

No se han suprimido del análisis las variaciones de existencias, porque fue criterio aprobado en su día por el grupo productor de la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) el incluirlas y se recogen con carácter general en todas las CCAA. Respecto a

las provisiones, resultan difíciles de depurar en el marco de la base de datos de la EGSP. En cualquier caso, el importe de las cifras es de pequeña magnitud, según los propios datos aportados por la CA.

Gasto sanitario total

Años	S/ Borrador del Informe	Remitido por la C.A.E.	Dif. %
1999	1.617.635	1.610.177	0,46
2000	1.709.670	1.706.904	0,16
2001	1.832.107	1.827.950	0,23
2002	1.968.476	1.966.236	0,11
2003	2.118.052	2.115.229	0,13

Canarias:

Respecto a los desajustes en la clasificación funcional, los más relevantes, que afectan a la investigación y formación, derivan de haberse comparado con las cifras de la cuenta satélite por este concepto, que sólo recogen la producción con medios propios, mientras que la transferencias o convenios por esta función son tratadas en la cuenta satélite como transferencias e integradas en los servicios colectivos de salud en la clasificación funcional.

Respecto a las entregas por desplazamientos, es cierto lo manifestado por la CA acerca de su consideración estricta como transferencias (cap IV). No obstante, es una cuestión que ha sido debatida a lo largo del proceso de elaboración de la EGSP y siempre se fue consciente de esta situación, prefiriendo agrupar por función que por clasificación económica, dada la preponderancia de los conciertos de transporte en el gasto de traslado de enfermos.

Cantabria:

Si bien es cierto que la consideración de las camas gestionadas por el Servicio de Salud no es homogénea con el análisis de gasto que incluye servicios concertados por la Consejería en materia sociosanitaria, no cabe sin más excluir este gasto del análisis considerando de Asuntos Sociales. La existencia de esos servicios puede servir como factor explicativo de diferencias en la composición del gasto.

Comunidad Valenciana:

La falta de concreción de las alegaciones referidas al gasto no ha permitido analizar las cuestiones planteadas. En todo caso, hay que señalar que ya se corrigieron cifras relati-

vas al gasto en prótesis y docencia MIR que, por cuestiones de calendario, no han sido incluidas en la publicación de la EGSP donde, efectivamente, las cifras de 2002 aparecen como avance. Es muy arriesgado utilizar esa publicación como contraste de las cifras ofrecidas en el informe ya que se han realizado muchas otras depuraciones –deudas, amortizaciones, etc– en las cifras de gasto tomadas en consideración.

III

INDICADORES DEL GASTO POR PERSONA PROTEGIDA

III.1. INTRODUCCIÓN

Una forma de explicar el origen del crecimiento del gasto sanitario público consiste en descomponer dicho crecimiento en los siguientes factores que lo determinan:

- El factor demográfico (personas protegidas y su envejecimiento)
- El incremento de la cobertura poblacional
- Los precios implícitos en el gasto sanitario público
- La prestación real media por persona

De acuerdo con la evidencia empírica disponible, son los precios y la prestación real media por persona los que tienen mayor peso como factores explicativos del crecimiento. En otros capítulos de este informe se analiza el gasto en relación con variables de oferta y utilización de servicios, que determinan la prestación real media por persona. La variabilidad del gasto estará, en parte, explicada por las diferencias en la oferta y en la organización de los servicios. Este es un análisis que requiere una óptica microeconómica que no se aborda en este trabajo¹⁸.

Por lo que se refiere al comportamiento de los precios, se aborda en el capítulo anterior el análisis de las retribuciones medias por profesional para determinadas categorías de profesionales (téngase en cuenta que en el sector sanitario el principal componente de los precios implícitos en el gasto público es el precio del factor trabajo).

Esta parte del informe se centrará en el análisis de los indicadores que relacionan el gasto sanitario con la población protegida y su estructura por edades (factor demográfico), que ha cobrado especial relevancia en España en la actualidad, debido a la evolución que ha registrado desde el año 2000.

En primer lugar, se ha de señalar que la población protegida con la que se ha de comparar el gasto sanitario es la población protegida por el SNS descontando el colectivo del Régimen Especial de la Seguridad Social de funcionarios civiles y militares que han optado por ser atendidos a través de una entidad de seguro sanitario privado.

¹⁸ El volumen de gasto sanitario privado, que no ha sido tenido en cuenta en el análisis, también puede explicar parcialmente la variabilidad en el gasto sanitario público de las CC.AA.

El volumen de población protegida lo calcula el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) a partir de los datos del Padrón Municipal del INE¹⁹ y de los datos sobre los colectivos protegidos por el Mutualismo Administrativo que proporcionan las Mutualidades MUFACE, MUGEJU e ISFAS. Esta es la definición que se viene aplicando históricamente para obtener la población protegida.

Por otra parte, de cara a la consideración de personas inmigrantes con derecho a la asistencia sanitaria en virtud de la Ley de Extranjería, es de nuevo el Padrón el instrumento de referencia, ya que es el hecho de estar empadronado el que determina el acceso a las prestaciones del SNS en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles. Sin este requisito sólo se accede a la atención urgente y a la atención completa en caso de embarazo y puerperio. El Padrón recoge, por tanto, en gran medida, a los inmigrantes con derecho a atención sanitaria²⁰.

Por último, hay que señalar que para cualquier análisis relacionado con el Sistema Nacional de Salud sería necesario poder utilizar la información de la **Base de datos de población protegida del Sistema Nacional de Salud (BDP-SNS)** establecida en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS y desarrollada normativamente en el RD 183/2004, vinculada a la Tarjeta Sanitaria, que asegura la actualización ágil y permanente de la situación de cada persona en su adscripción a uno u otro Servicio de Salud, garantizando la no duplicidad de registros y la posibilidad de contajes estadísticos de gran exactitud, tanto transversales como longitudinales en un periodo dado.

Sin embargo, en la actualidad, sólo participan en ella once CCAA y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, si bien otras cuatro Comunidades se encuentran en diferentes fases de preparación técnica para su inclusión. Dos

¹⁹ Téngase en cuenta que con este criterio no se contabilizan las personas que no están empadronadas.

²⁰ Desde el año 1996 se lleva a cabo un nuevo sistema de gestión continua e informatizada de los Padrones municipales, basado en la coordinación de todos ellos por parte del Instituto Nacional de Estadística. De este modo se obtienen las Cifras Oficiales de Población con carácter anual, a diferencia de lo que sucedía anteriormente en que sólo se publicaban cifras oficiales cada cinco años: con ocasión de los Censos de Población, realizados cada diez años, o las Renovaciones Padronales, que se efectuaban cada cinco (estas últimas han quedado suprimidas con el nuevo sistema de gestión padronal). De acuerdo con la normativa europea, desde 1981 los Censos se realizan en los años terminados en 1. El último Censo realizado ha sido el del año 2001. No obstante, cabe esperar la coherencia de ambas fuentes, ya que la Resolución de 6 de noviembre de 2001, de la Presidencia del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General para la Administración Local, dictó instrucciones técnicas para la repercusión, en los padrones municipales, de la información padronal recogida con ocasión de los Censos de Población y Viviendas del año 2001 en los siguientes términos: *“El artículo 79 del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales aprobado mediante el Real Decreto 2612/1996, de 20 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1690/1986, de 11 de julio, establece que la formación del Censo de Población, que constituye una competencia exclusiva del Instituto Nacional de Estadística, se apoyará en los datos de los Padrones municipales, se llevará a cabo prestando los Ayuntamientos la colaboración que el Instituto Nacional de Estadística les solicite, y servirá para controlar la precisión de los datos padronales y, en su caso, para introducir en ellos las rectificaciones pertinentes.”*

Comunidades Autónomas no han iniciado, por el momento, ningún trabajo en este sentido.

La BDP-SNS permite el intercambio de información entre las Administraciones Sanitarias, posibilitando que la información contenida mantenga la coherencia de los datos de aseguramiento, se evite la adscripción simultánea de una persona a distintos servicios de salud y se obtenga la mayor rentabilidad posible en los cruces de datos entre los ficheros oficiales necesarios (Seguridad Social, Mutualidades y otros) para su correcto mantenimiento.

La BDP-SNS genera para cada individuo un código de identificación personal del Sistema Nacional de Salud, al que se vinculan los diferentes códigos que pueda asignar cada administración autonómica, ofreciendo un fichero histórico de las situaciones de aseguramiento y de la adscripción de la persona a diferentes Administraciones Sanitarias a lo largo de su vida.

El mantenimiento de esta base de datos es competencia exclusiva de cada Administración Sanitaria emisora de la tarjeta sanitaria individual, única instancia competente para la inclusión en aquella de las personas protegidas en su ámbito territorial, así como para la modificación de sus datos. La BDP-SNS respeta el modelo de funcionamiento y de gestión de las bases de datos de tarjeta sanitaria individual de cada Administración Sanitaria.

Mientras la BDP-SNS no se complete no será posible utilizar oficialmente la población protegida (con tarjeta sanitaria) que cada CCAA tiene registrada en sus propias bases de datos, dado que al tratarse de bases estancas existe un porcentaje alto de duplicados. De hecho, se ha comprobado en el momento de realizar diferentes cruces de datos con las CCAA que están en fase de integración en la base común que la cifra de duplicados con las once CCAA ya integradas se encuentra en torno al 4% de los registros.

Con motivo del análisis específico de la población protegida en un Grupo de Trabajo *ad hoc* del Consejo de Política Fiscal y Financiera²¹, el MSC ha calculado esta variable con mayor detalle del que venía considerando: se desagrega por grupos quinquenales de edad, con objeto de corregir la población protegida por

²¹ Este grupo ha obtenido la población protegida con la definición antes indicada. Las diferencias, pequeñas, con cifras de población utilizadas con anterioridad se deben a que las Mutualidades de Funcionarios han hecho un esfuerzo por mejorar la contabilización de los colectivos de funcionarios que se deben excluir de la población protegida. Respecto a la diferencia con la población usada en el modelo de financiación es preciso señalar que en el seno del grupo de trabajo de población se ha aprobado un cambio de método para contabilizar la población protegida del SNS. Anteriormente se descontaba del padrón, a 1 de enero del año que se tratase, la población protegida por las Mutualidades de Funcionarios mediante concierto con empresas de seguro privado, a 31 de diciembre del mismo año. Actualmente, se descuenta esta población a fecha 31 de diciembre del año anterior, lo que ha originado lógicamente una nueva serie de población protegida. Este es, por tanto, el método general que se ha seguido en este trabajo, armonizado con el seguido en el grupo de población.

envejecimiento. Por otra parte, y con el mismo fin, el MSC ha calculado también los coeficientes de gasto relativo de cada grupo de edad por tipo de prestación (hospitalaria, extrahospitalaria, farmacia y otra), de acuerdo con la metodología que se detalla en el Anexo II, en el que se proporcionan también los resultados obtenidos. Sobre la base de dichos coeficientes, se ha corregido la estructura de la población protegida y se ha calculado la población equivalente con la que se obtiene el gasto por persona corregido por estructura poblacional.

Se han considerado tres escenarios:

- El primero corrige la estructura de la población considerando los dos grandes grupos tradicionalmente incorporados a este tipo de análisis: población hasta 64 años y población de 65 años y más.

- El segundo considera tres grupos:

Menores de 5.

Población de 5 a 64.

Población de 65 años y más.

- Finalmente, el tercero considera los siete grupos de edad siguientes:

De 0 a 4.

“ 5 a 14.

“ 15 a 44.

“ 45 a 54.

“ 55 a 64.

“ 65 a 74.

Más de 75.

III.2. LA POBLACIÓN PROTEGIDA

La población protegida a la que se refiere el gasto que se analiza en este trabajo es, como se ha indicado, la población protegida por el SNS descontando el colectivo del Régimen Especial de la Seguridad Social de funcionarios civiles y militares que han optado por ser atendidos a través de una entidad de seguro sanitario privado. En 2003, asciende a 40.497.451 personas.

El 17,60% de la población protegida corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía, seguida de Cataluña con un 16,11%, de Madrid con un 13,08% y de la Comunidad Valenciana con un 10,58%. A partir esta última comunidad, el porcentaje de población protegida registra un salto importante, cayendo al 6,42% de Galicia. Dicho porcentaje oscila entre el 0,13 de Melilla y el 17,60 de Andalucía.

Las Comunidades Autónomas en las que la población protegida ha ganado peso entre 1999 y 2003 son Cataluña, Madrid, Comunidad Valenciana, Canarias, Murcia, Baleares, Navarra, La Rioja y Melilla.

Por lo que se refiere a la evolución del volumen de población protegida, ésta ha presentado una tasa anual media de crecimiento entre 1999 y 2003 de 1,62%, con crecimientos interanuales también crecientes entre 2000 y 2003, pasando de 0,79% en el año 2000 a 2,22% en el año 2003.

Por comunidades, se observa que la población protegida se ha incrementado, entre 1999 y 2003, en todas ellas excepto en Asturias, Castilla y León y Extremadura, donde ha caído. Las tasas de crecimiento medio anual durante dicho periodo oscilan entre un -0,20% y un 5,73%.

Como referente, para situar el orden de cifras, baste señalar que, entre 1981 y 1996, los crecimientos que registró la población protegida durante los quinquenios 1981-1986, 1987-1991 y 1992-1996 oscilaron entre un 1% y un 2%.

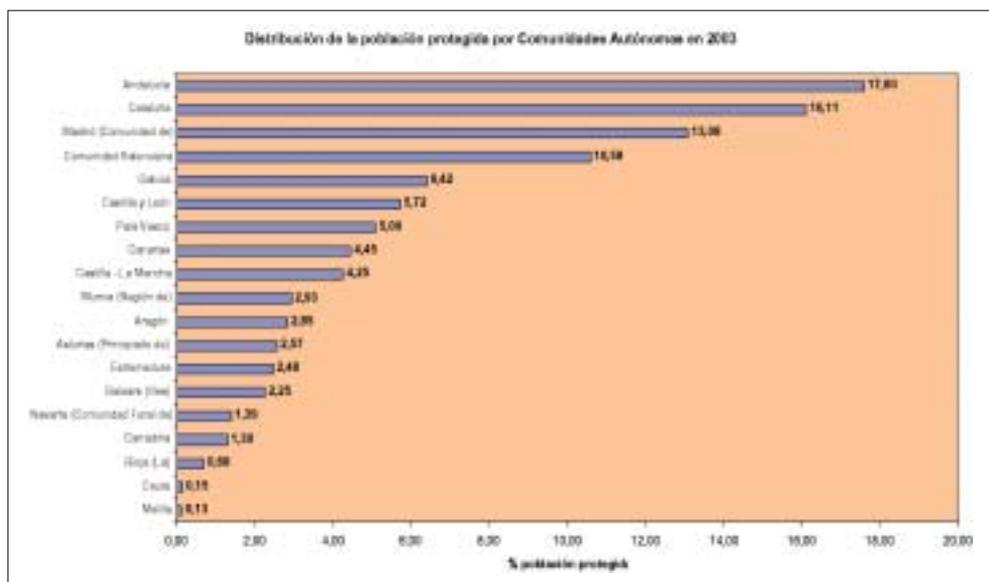
Con esta evolución de la población protegida, si descontamos el efecto del crecimiento demográfico y el de los precios (deflactor del PIB) en la evolución del gasto sanitario, vemos que la prestación real media por persona entre 1999 y 2003 ha crecido anualmente un 2,86%, como puede comprobarse en la siguiente tabla²².

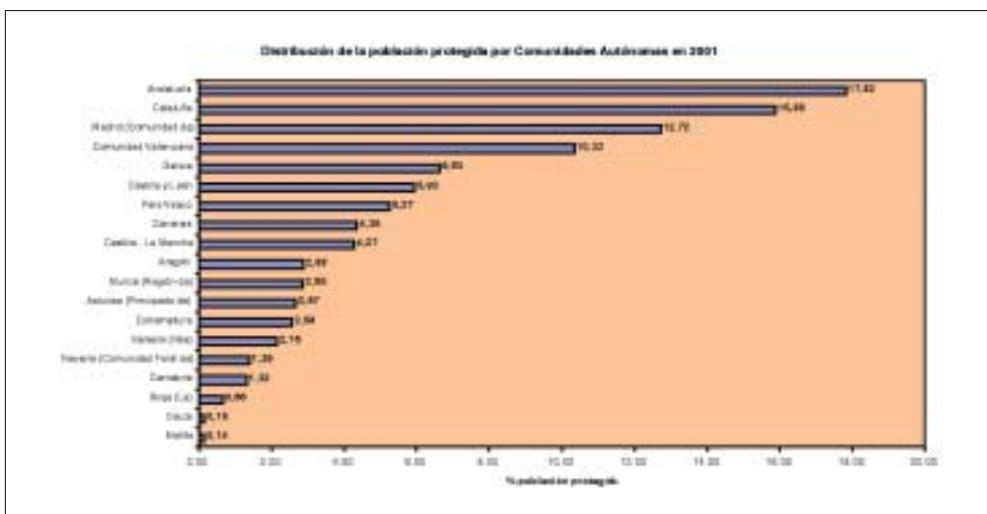
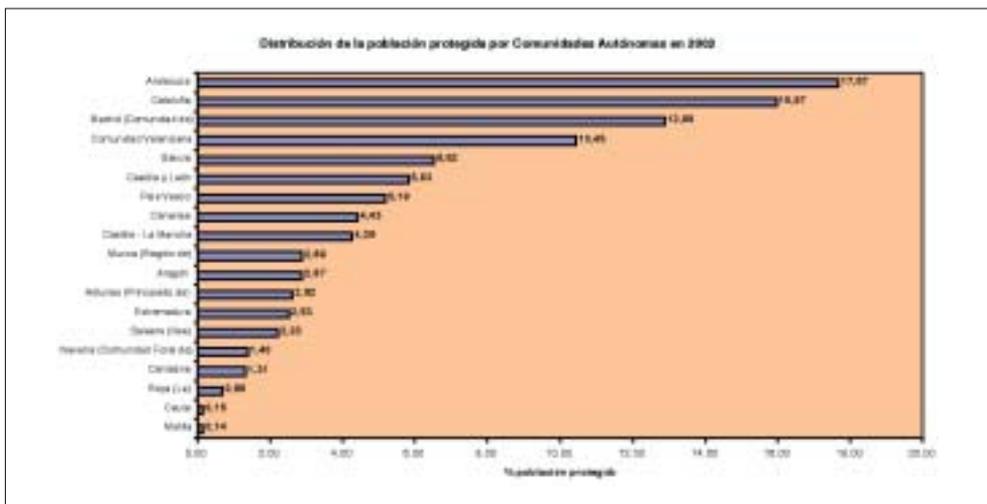
Descomposición del crecimiento del gasto sanitario público entre 1999 y 2003

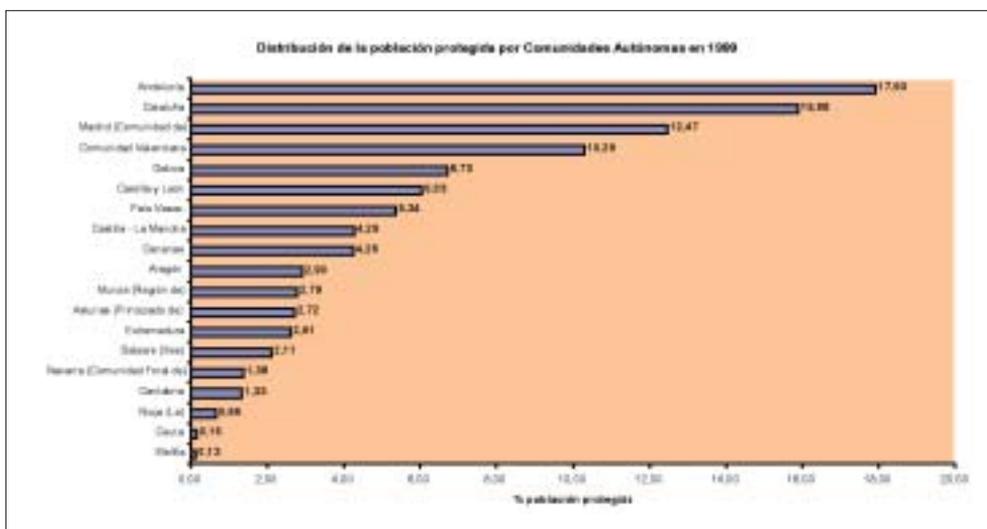
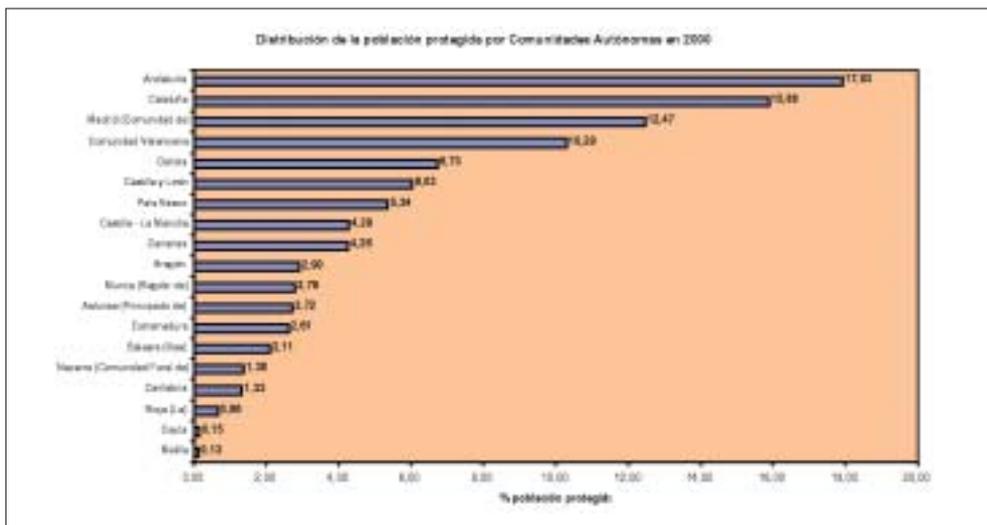
	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03
Porcentaje de variación interanual del gasto sanitario	8,55	7,12	8,83	11,57	9,01
Porcentaje de variación interanual de la población protegida corregida por estructura (equivalente)	1,08	2,20	1,93	2,26	1,87
Porcentaje de variación interanual de los precios implícitos (deflactor del PIB)	3,43	4,19	4,50	4,01	4,03
Porcentaje de variación interanual de la prestación real media por persona	3,84	0,59	2,17	4,90	2,86
Porcentaje de variación interanual del PIB en términos reales	4,40	2,80	2,23	2,50	2,98

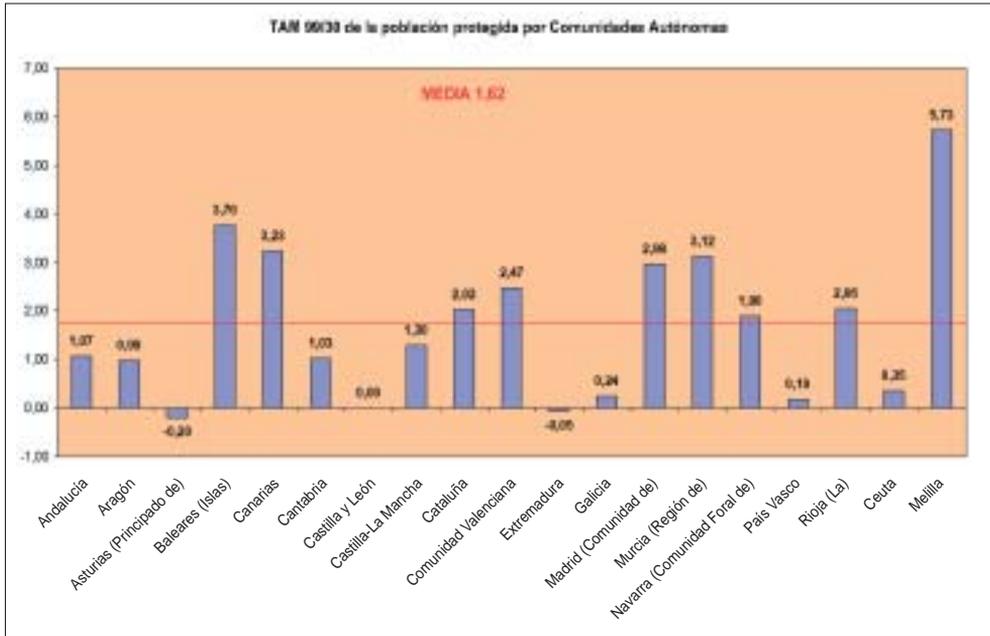
²² Ejercicios similares pueden encontrarse, entre otros, en: López i Casasnovas, G. y Casado, D. (1996). "La financiación de la sanidad pública española: aspectos macroeconómicos e incidencia de la descentralización fiscal", *Presupuesto y Gasto Público 20/1996*, pp. 123-152; Ministerio de Economía y Hacienda (1996): *El gasto sanitario público en España: diez años del Sistema Nacional de Salud. Un método de análisis basado en la Contabilidad Nacional de España y previsiones hasta el año 2000*, Documento de Trabajo de la Dirección General de Planificación. Al final de este capítulo se incluyen referencias adicionales de trabajos que estudian el impacto de la población en el gasto sanitario.

El ejercicio de descomposición del gasto indica que la evolución demográfica explica un 21,3% de la tasa de incremento medio anual registrada en el periodo 1999-2003, mientras el factor precios y el factor prestación real media explican, respectivamente, el 46,0% y el 32,7% de dicho crecimiento.









Población protegida por el SNS

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
Total	37.980.437	38.281.497	38.905.395	39.618.276	40.497.751
Andalucía	6.830.285	6.862.013	6.931.651	7.001.587	7.127.957
Aragón	1.108.096	1.110.880	1.120.590	1.138.477	1.152.409
Asturias (Principado de)	1.047.945	1.040.341	1.038.965	1.037.966	1.039.473
Baleares (Islas)	784.636	807.868	840.490	879.096	909.616
Canarias	1.588.055	1.629.975	1.692.825	1.753.923	1.803.383
Cantabria	505.702	508.477	514.843	519.385	526.783
Castilla y León	2.316.792	2.307.639	2.306.748	2.308.410	2.316.723
Castilla - La Mancha	1.634.162	1.642.563	1.662.521	1.688.006	1.720.935
Cataluña	6.021.109	6.079.705	6.179.951	6.325.613	6.522.999
Comunidad Valenciana	3.884.525	3.938.806	4.019.327	4.140.459	4.283.038
Extremadura	1.004.837	999.343	1.002.907	1.002.061	1.002.666
Galicia	2.574.293	2.577.402	2.580.447	2.584.625	2.598.943
Madrid (Comunidad de)	4.709.391	4.775.061	4.947.132	5.101.101	5.295.677
Murcia (Región de)	1.049.676	1.067.336	1.108.461	1.145.055	1.187.034
Navarra (Comunidad Foral de)	521.377	527.455	539.748	553.228	562.126
País Vasco	2.045.932	2.045.579	2.048.512	2.056.240	2.061.361
Rioja (La)	252.220	250.821	256.815	267.933	273.645
Ceuta	58.354	58.898	59.588	60.506	59.184
Melilla	43.050	51.335	53.874	54.605	53.799

Peso de la población protegida por Comunidades Autónomas

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Andalucía	17,98	17,93	17,82	17,67	17,60
Aragón	2,92	2,90	2,88	2,87	2,85
Asturias (Principado de)	2,76	2,72	2,67	2,62	2,57
Baleares (Islas)	2,07	2,11	2,16	2,22	2,25
Canarias	4,18	4,26	4,35	4,43	4,45
Cantabria	1,33	1,33	1,32	1,31	1,30
Castilla y León	6,10	6,03	5,93	5,83	5,72
Castilla - La Mancha	4,30	4,29	4,27	4,26	4,25
Cataluña	15,85	15,88	15,88	15,97	16,11
Comunidad Valenciana	10,23	10,29	10,33	10,45	10,58
Extremadura	2,65	2,61	2,58	2,53	2,48
Galicia	6,78	6,73	6,63	6,52	6,42
Madrid (Comunidad de)	12,40	12,47	12,72	12,88	13,08
Murcia (Región de)	2,76	2,79	2,85	2,89	2,93
Navarra (Comunidad Foral de)	1,37	1,38	1,39	1,40	1,39
País Vasco	5,39	5,34	5,27	5,19	5,09
Rioja (La)	0,66	0,66	0,66	0,68	0,68
Ceuta	0,15	0,15	0,15	0,15	0,15
Melilla	0,11	0,13	0,14	0,14	0,13

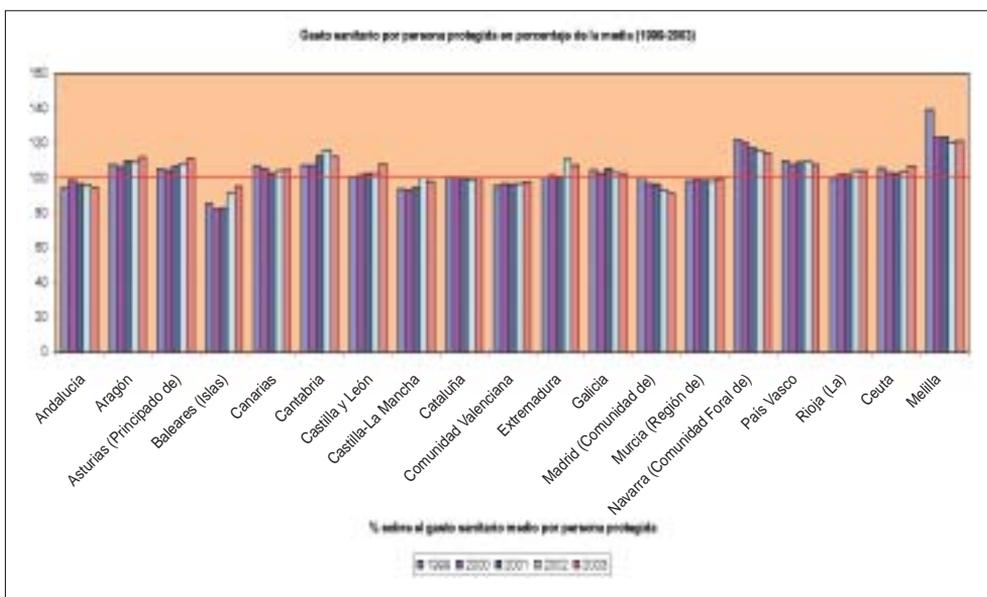
Tasa de variación interanual de la población protegida

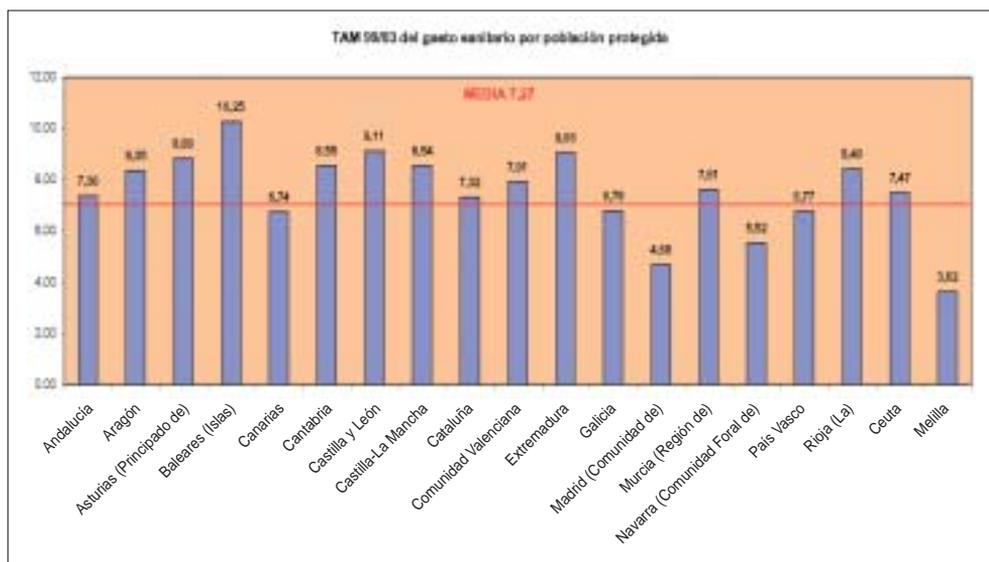
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
Total	0,79	1,63	1,83	2,22	1,62
Andalucía	0,46	1,01	1,01	1,80	1,07
Aragón	0,25	0,87	1,60	1,22	0,99
Asturias (Principado de)	-0,73	-0,13	-0,10	0,15	-0,20
Baleares (Islas)	2,96	4,04	4,59	3,47	3,76
Canarias	2,64	3,86	3,61	2,82	3,23
Cantabria	0,55	1,25	0,88	1,42	1,03
Castilla y León	-0,40	-0,04	0,07	0,36	0,00
Castilla - La Mancha	0,51	1,22	1,53	1,95	1,30
Cataluña	0,97	1,65	2,36	3,12	2,02
Comunidad Valenciana	1,40	2,04	3,01	3,44	2,47
Extremadura	-0,55	0,36	-0,08	0,06	-0,05
Galicia	0,12	0,12	0,16	0,55	0,24
Madrid (Comunidad de)	1,39	3,60	3,11	3,81	2,98
Murcia (Región de)	1,68	3,85	3,30	3,67	3,12
Navarra (Comunidad Foral de)	1,17	2,33	2,50	1,61	1,90
País Vasco	-0,02	0,14	0,38	0,25	0,19
Rioja (La)	-0,55	2,39	4,33	2,13	2,06
Ceuta	0,93	1,17	1,54	-2,18	0,35
Melilla	19,25	4,95	1,36	-1,48	5,73

III.3. GASTO POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto por persona protegida en el año 2003 fue de 954 euros. El valor mínimo de esta variable es de 870 euros y el máximo de 1.158 euros. El coeficiente de variación es del 6,23%. Desde el año 2000, la dispersión de la variable gasto sanitario por persona protegida ha registrado una tendencia creciente.

Entre 1999 y 2003, el gasto medio por persona protegida ha mantenido un crecimiento anual medio del 7,27%, pasando de un 7,70% en el año 2000 a un 9,15% en el año 2003. Por comunidades autónomas, el crecimiento anual medio entre 1999 y 2003 oscila desde un 3,62% hasta un 10,25%.





GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA. Euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	721	776	818	874	954
Andalucía	680	766	791	837	903
Aragón	776	824	899	955	1.069
Asturias (Principado de)	757	810	872	946	1.061
Baleares (Islas)	614	637	677	800	908
Canarias	770	820	840	910	1.000
Cantabria	773	833	921	1.014	1.073
Castilla y León	726	787	840	898	1.029
Castilla-La Mancha	675	721	774	879	936
Cataluña	722	777	817	869	958
Comunidad Valenciana	689	750	790	846	934
Extremadura	725	786	826	969	1.026
Galicia	754	797	864	902	980
Madrid (Comunidad de)	725	752	788	815	870
Murcia (Región de)	709	768	806	861	951
Navarra (Comunidad Foral de)	878	933	961	1.014	1.089
País Vasco	791	836	894	957	1.028
Rioja (La)	720	791	834	910	994
Ceuta	763	800	839	909	1.018
Melilla	1.004	956	1.011	1.049	1.158
Coefficiente de variación (%)	5,85	5,04	5,58	5,77	6,23

GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA. Variación interanual en porcentaje

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	TAM 99/02	TAM 99/01
TOTAL	7,70	5,40	6,87	9,15	7,27	6,65	6,54
Andalucía	12,64	3,24	5,87	7,91	7,36	7,18	7,84
Aragón	6,21	9,12	6,20	11,98	8,35	7,17	7,66
Asturias (Principado de)	6,92	7,73	8,47	12,16	8,80	7,71	7,33
Baleares (Islas)	3,78	6,21	18,13	13,49	10,25	9,20	4,99
Canarias	6,39	2,50	8,30	9,91	6,74	5,70	4,42
Cantabria	7,84	10,56	10,03	5,82	8,55	9,47	9,19
Castilla y León	8,42	6,68	6,89	14,64	9,11	7,33	7,55
Castilla-La Mancha	6,93	7,36	13,53	6,51	8,54	9,23	7,15
Cataluña	7,59	5,15	6,41	10,21	7,32	6,38	6,36
Comunidad Valenciana	9,00	5,27	7,04	10,40	7,91	7,09	7,12
Extremadura	8,37	5,08	17,34	5,85	9,06	10,14	6,71
Galicia	5,66	8,43	4,35	8,72	6,78	6,14	7,04
Madrid (Comunidad de)	3,76	4,86	3,35	6,78	4,68	3,99	4,31
Murcia (Región de)	8,30	4,97	6,71	10,56	7,61	6,65	6,62
Navarra (Comunidad Foral de)	6,24	2,97	5,55	7,39	5,52	4,91	4,59
País Vasco	5,71	7,01	7,04	7,33	6,77	6,58	6,36
Rioja (La)	9,92	5,33	9,20	9,21	8,40	8,13	7,60
Ceuta	4,84	4,87	8,31	12,04	7,47	6,00	4,86
Melilla	-4,85	5,80	3,75	10,41	3,62	1,46	0,33

III.4. GASTO POR PERSONA PROTEGIDA SIN INCLUIR PRESTACIONES FUERA DE CATÁLOGO

Si se tiene en cuenta el gasto en prestaciones no contempladas en el catálogo de prestaciones del SNS, el gasto sanitario en términos per cápita apenas sufre variaciones con respecto al total.

GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA. Euros
Sin incluir prestaciones no contempladas en el catálogo

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	720	775	817	873	953
Andalucía	677	763	788	835	901
Aragón	776	824	899	955	1.069
Asturias (Principado de)	757	810	872	946	1.061
Baleares (Islas)	614	637	677	800	907
Canarias	770	820	840	910	1.000
Cantabria	773	833	921	1.014	1.073
Castilla y León	726	787	840	898	1.029
Castilla-La Mancha	675	721	774	879	936
Cataluña	719	774	814	867	955
Comunidad Valenciana	689	750	790	846	934
Extremadura	725	786	826	969	1.026
Galicia	754	797	864	902	980
Madrid (Comunidad de)	725	752	788	815	870
Murcia (Región de)	709	768	806	861	951
Navarra (Comunidad Foral de)	874	929	956	1.009	1.084
País Vasco	789	834	893	956	1.026
Rioja (La)	720	791	834	910	994
Ceuta	763	800	839	909	1.018
Melilla	1.004	956	1.011	1.049	1.158

III.5. PESO DEL GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA EN EL PIB PER CAPITA

El gasto sanitario por persona protegida supone, en el año 2003, un 5,48% del PIB per capita. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre un 3,84% y un 8,47%.

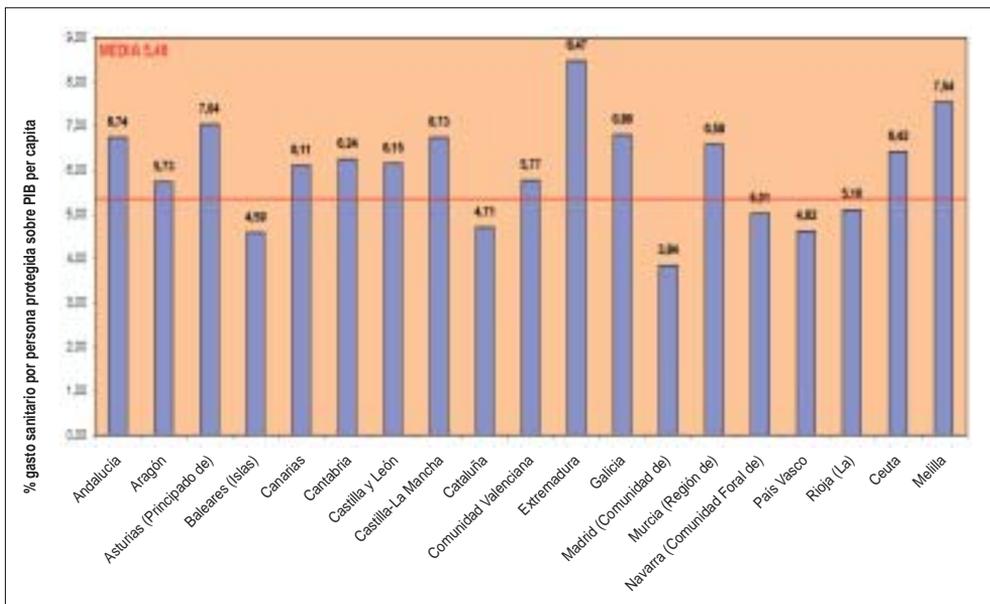
Desde 1999, este peso ha registrado una tendencia creciente, es decir, el gasto sanitario por persona protegida, con carácter general, ha ido ganando peso sobre el PIB per capita.

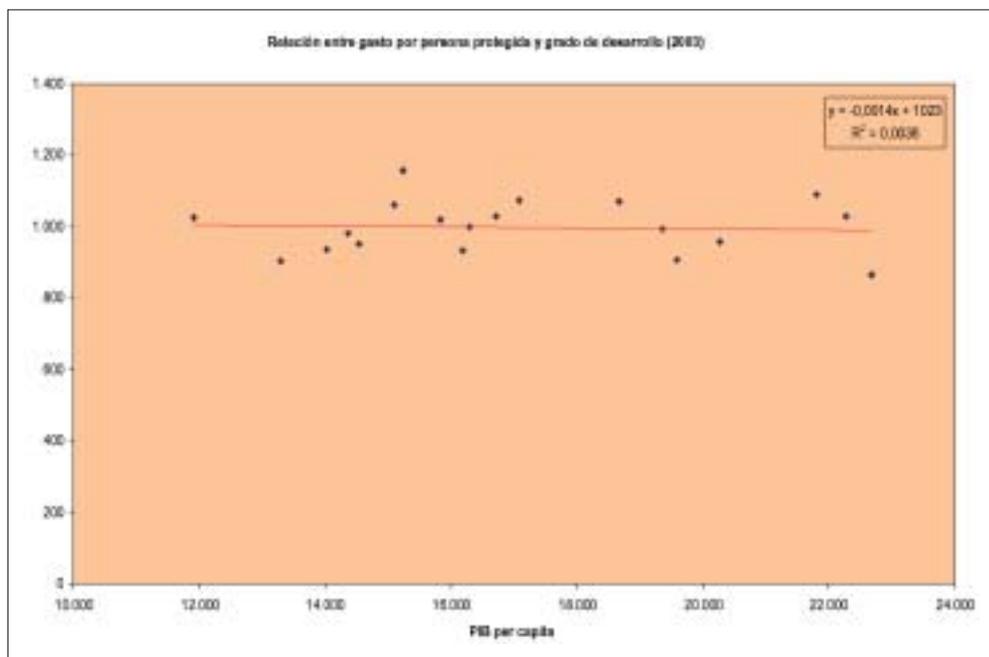
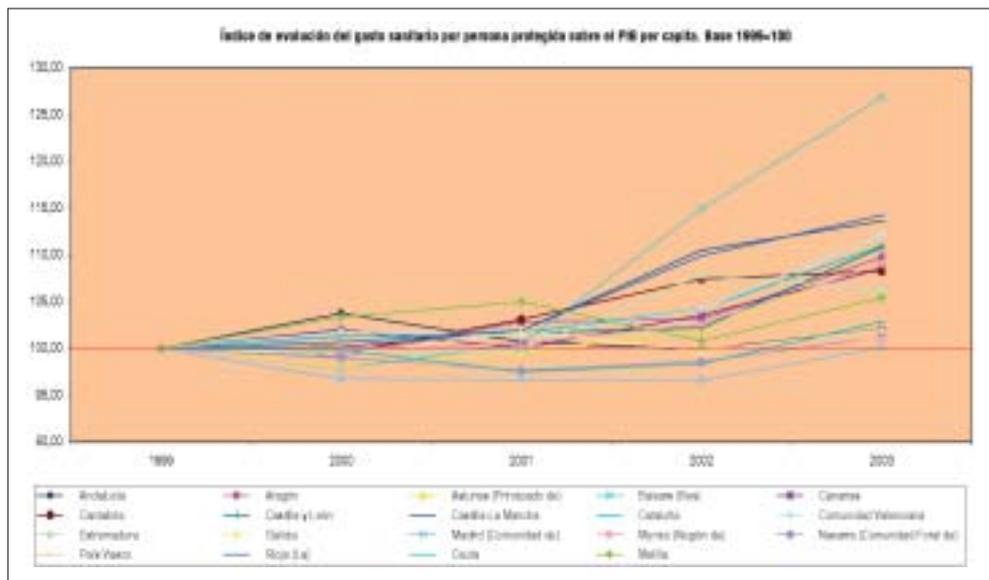
Por lo que se refiere a la relación entre las variables gasto por persona protegida y PIB per capita en las diferentes comunidades cabría señalar que no se detecta una relación entre ambas.

La existencia de relación entre la riqueza de un país y su gasto sanitario (elasticidad/renta superior a la unidad) es un hecho ampliamente contrastado con datos de los países de la OCDE. Dicho análisis tiene sentido, y se constata la relación antes indicada, si se realiza para zonas geográficas de gasto con modelos

independientes y diferenciados de asignación de recursos por territorios, lo que no es el caso de las Comunidades Autónomas en España, donde la distribución de recursos contempla mecanismos de nivelación que tratan de garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, independientemente del lugar de residencia.

La falta de relación entre ambas variables detectada en este análisis por Comunidades Autónomas puede servir para constatar la diferencia de resultados en uno y otro caso.



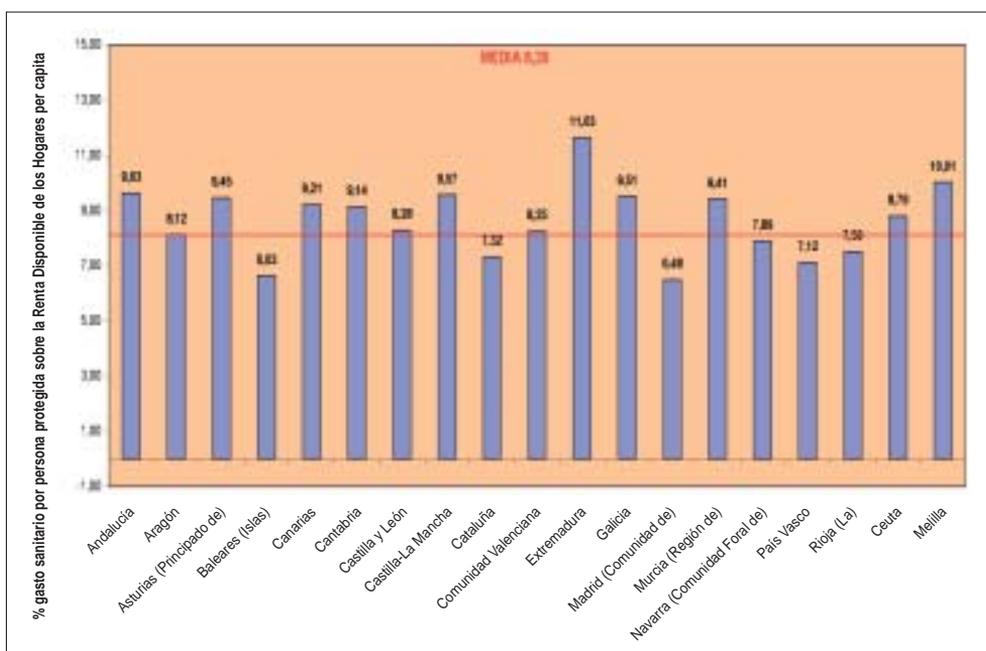


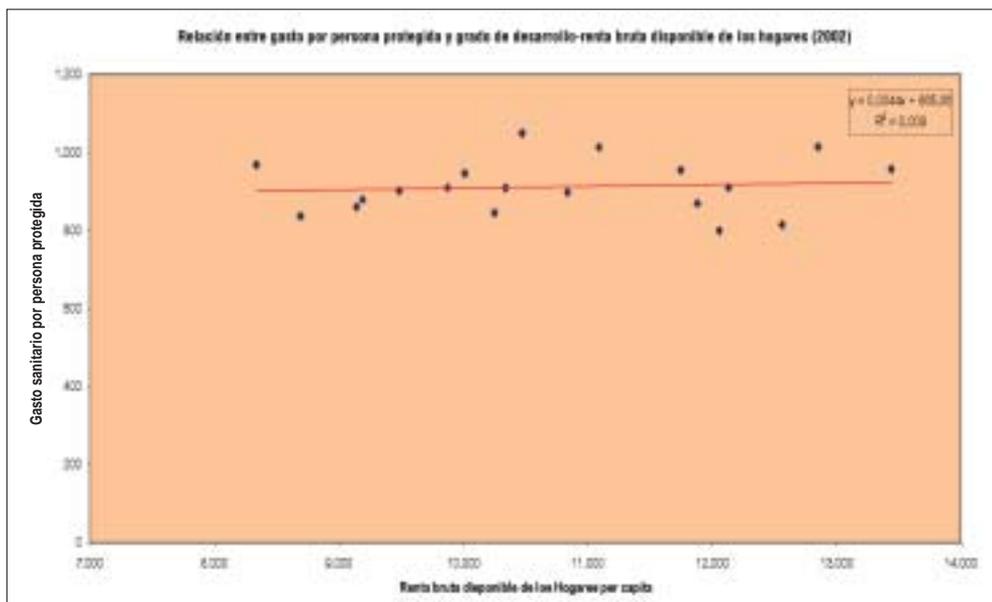
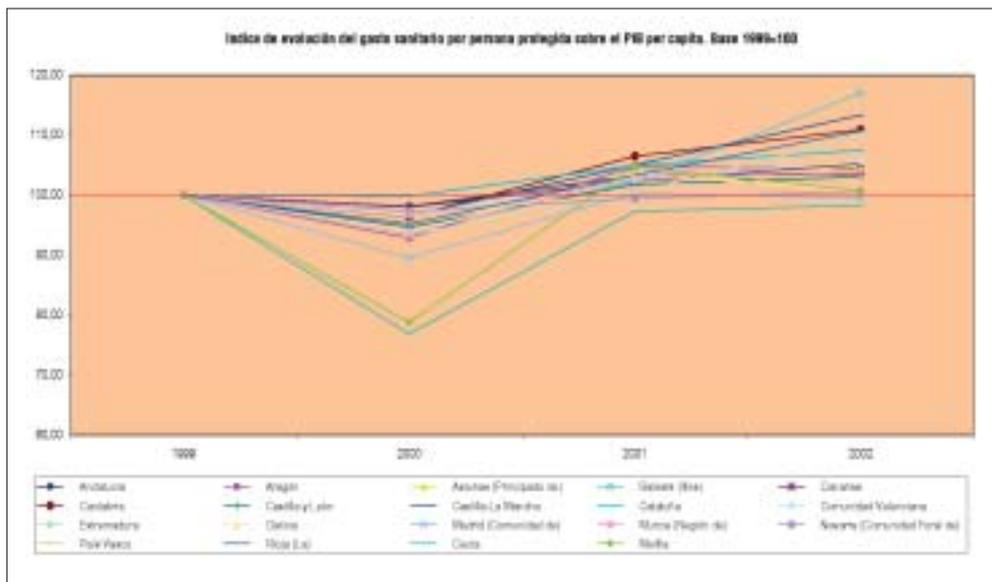
III.6. PESO DEL GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA EN LA RENTA BRUTA DISPONIBLE DE LOS HOGARES PER CAPITA

El gasto sanitario por persona protegida supone, en el año 2002, un 8,20% de la Renta Bruta Disponible de los Hogares. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre un 6,48% y un 11,63%.

Desde el año 2000, este peso ha registrado una tendencia creciente, es decir, el gasto sanitario por persona protegida, con carácter general, ha ido ganando peso sobre la Renta Bruta de los Hogares per capita. En el año 2000, sin embargo sufre una caída.

Por lo que se refiere a la relación entre las variables gasto por persona protegida y Renta Bruta Disponible de los Hogares per capita en las diferentes comunidades, cabría señalar que no se detecta, de nuevo, una relación entre ambas.



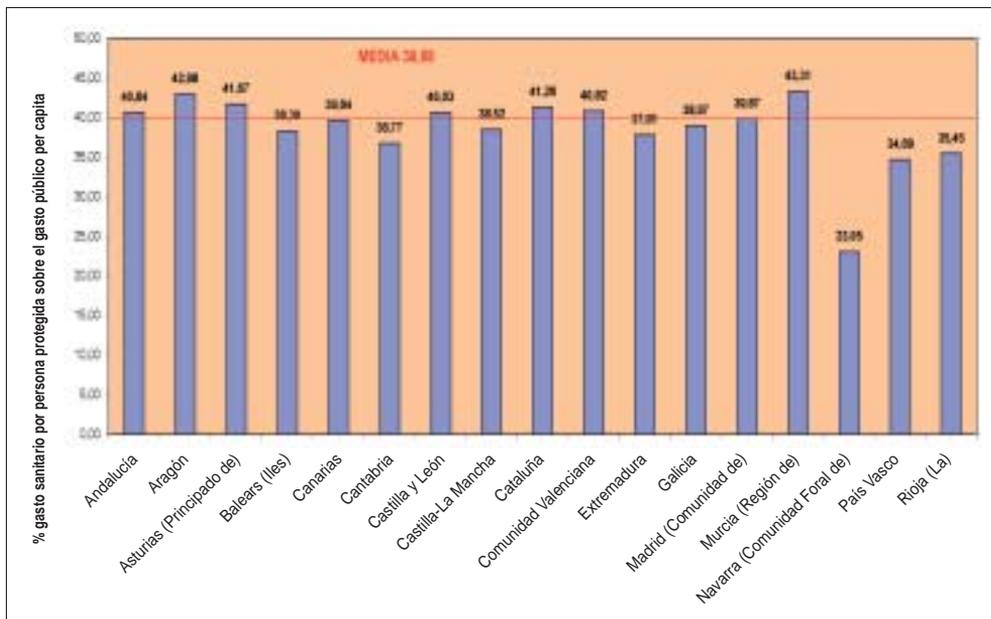


III.7. PESO DEL GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA EN EL GASTO PÚBLICO PER CAPITA

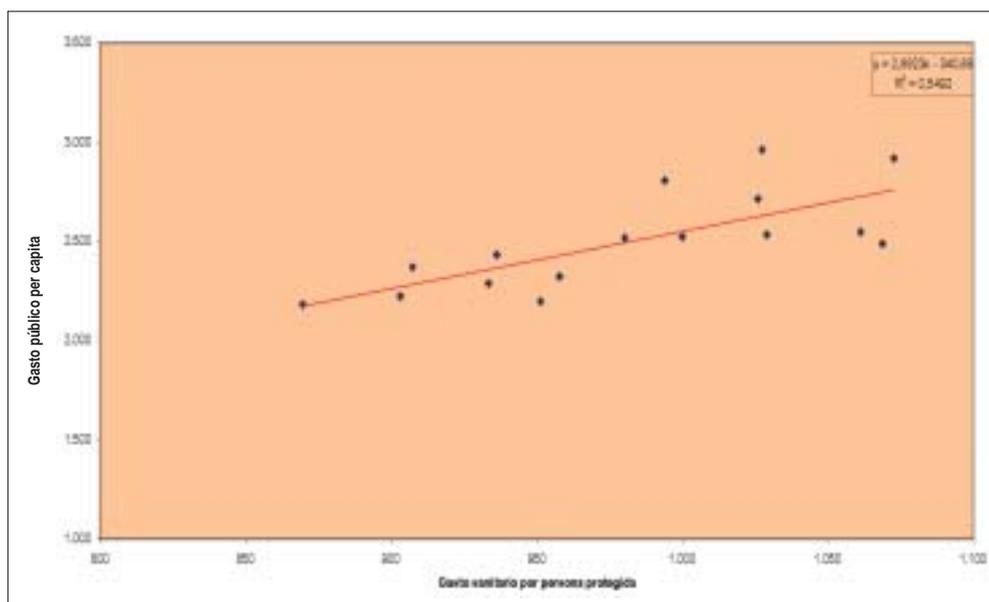
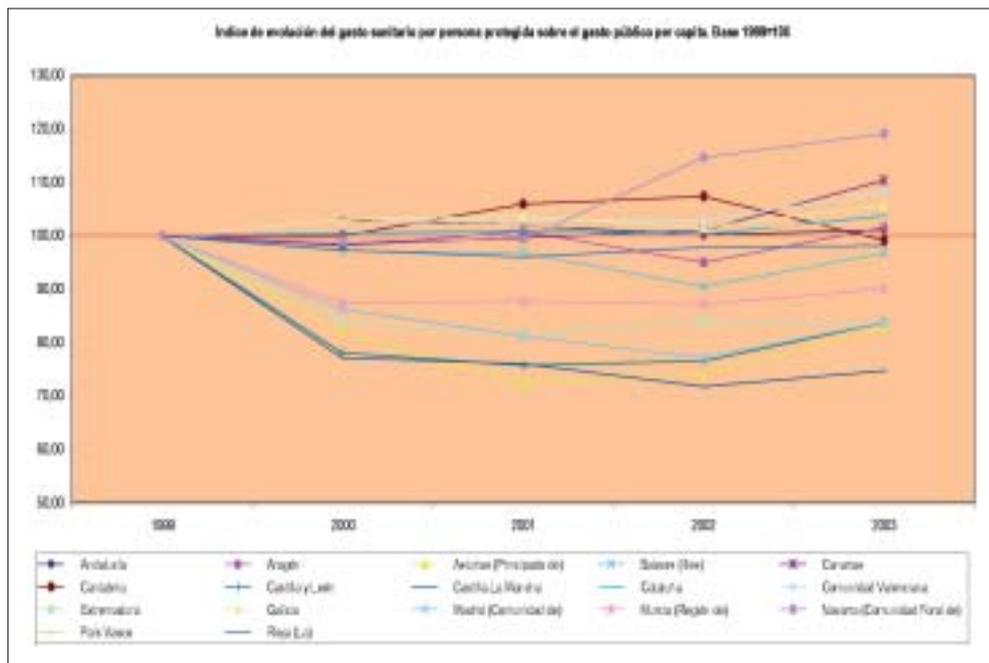
El gasto sanitario por persona protegida supone, en el año 2003, un 39,68% del gasto público por persona²³. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre un 23,05% y un 43,31%.

Desde el año 1999, este peso ha registrado una tendencia decreciente en términos medios. No obstante, esta evolución no se puede interpretar sin considerar que durante este periodo se estaban produciendo transferencias en materia de educación. Por tanto, la evolución del peso del gasto sanitario sobre el gasto público sólo se podrá hacer a partir del momento en que las competencias asumidas por todas las comunidades sean comparables. En cualquier caso, puede apreciarse un grado de importancia alto del gasto sanitario en el conjunto del gasto público de cada comunidad.

Por lo que se refiere a la relación entre las variables gasto por persona protegida y gasto público per capita en las diferentes comunidades, cabría señalar que se detecta una relación lineal entre ambas, de forma que el gasto sanitario por persona protegida explicaría un 55% de la variabilidad del gasto público per capita.



²³ Empleos no financieros de las Comunidades Autónomas.



**GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA EN RELACIÓN CON EL PIB,
LA RENTA BRUTA DISPONIBLE Y EL GASTO PÚBLICO PER CAPITA (%)**

	1999			2000		
	Gasto sanitario por persona/PIB per capita	Gasto sanitario por persona/renta bruta disponible per capita	Gasto sanitario por persona /gasto público por persona	Gasto sanitario por persona /PIB per capita	Gasto sanitario por persona/renta bruta disponible per capita	Gasto sanitario por persona /gasto público por persona
Comunidades Autónomas						
TOTAL	5,13	7,84	40,52	5,15	7,51	38,83
Andalucía	6,60	9,30	40,19	6,85	9,12	41,41
Aragón	5,22	7,79	42,28	5,17	7,23	41,51
Asturias (Principado de)	6,46	9,01	50,38	6,34	8,71	41,36
Baleares (Islas)	3,62	5,67	39,59	3,54	5,32	38,50
Canarias	5,63	8,76	35,91	5,74	8,58	35,30
Cantabria	5,77	8,24	37,06	5,74	7,95	37,05
Castilla y León	5,55	8,04	48,47	5,62	7,61	37,85
Castilla-La Mancha	5,92	8,44	51,55	5,93	8,16	39,76
Cataluña	4,24	6,81	39,77	4,30	6,80	39,97
Comunidad Valenciana	5,14	7,81	37,74	5,23	7,56	38,73
Extremadura	7,96	10,58	45,20	7,93	9,89	37,90
Galicia	6,66	9,44	36,85	6,62	8,86	37,97
Madrid (Comunidad de)	3,84	6,52	47,55	3,71	5,84	41,04
Murcia (Región de)	6,04	9,10	48,11	6,03	8,52	42,03
Navarra (Comunidad Foral de)	4,95	7,84	19,35	4,90	7,63	19,17
País Vasco	4,57	7,04	33,81	4,48	6,79	34,68
Rioja (La)	4,47	6,78	36,09	4,50	6,45	35,14
Ceuta	6,24	8,94		6,23	6,88	
Melilla	7,15	9,94		7,39	7,83	

**GASTO SANITARIO POR PERSONA PROTEGIDA EN RELACIÓN CON EL PIB,
LA RENTA BRUTA DISPONIBLE Y EL GASTO PÚBLICO PER CAPITA (%)**

	2001			2002			2003		
	Gasto sanitario por persona /PIB per capita	Gasto sanitario por persona/renta bruta disponible per capita	Gasto sanitario por persona /gasto público por persona	Gasto sanitario por persona/renta bruta disponible per capita	Gasto sanitario por persona /PIB per capita	Gasto sanitario por persona /gasto público por persona	Gasto sanitario por persona /PIB per capita	Gasto sanitario por persona /gasto público por persona	Gasto sanitario por persona /PIB per capita
Comunidades Autónomas									
TOTAL	5,15	8,06	38,35	5,24	8,20	37,95	5,48	39,68	5,48
Andalucía	6,65	9,60	40,95	6,59	9,63	40,26	6,74	40,64	6,74
Aragón	5,37	8,16	42,64	5,38	8,12	40,17	5,73	42,98	5,73
Asturias (Principado de)	6,43	9,25	36,55	6,60	9,45	37,34	7,04	41,67	7,04
Baleares (Islas)	3,63	5,80	38,30	4,16	6,63	35,86	4,59	38,30	4,59
Canarias	5,63	8,96	35,80	5,83	9,21	36,26	6,11	39,64	6,11
Cantabria	5,95	8,78	39,28	6,20	9,14	39,81	6,24	36,77	6,24
Castilla y León	5,64	8,19	36,72	5,67	8,28	37,12	6,15	40,63	6,15
Castilla-La Mancha	6,04	8,86	39,23	6,55	9,57	36,99	6,73	38,52	6,73
Cataluña	4,31	7,15	40,18	4,42	7,32	39,90	4,71	41,26	4,71
Comunidad Valenciana	5,21	8,01	38,83	5,36	8,25	38,80	5,77	40,82	5,77
Extremadura	7,95	10,62	36,87	8,59	11,63	38,00	8,47	37,81	8,47
Galicia	6,78	9,78	38,22	6,65	9,51	37,46	6,80	38,97	6,80
Madrid (Comunidad de)	3,71	6,55	38,62	3,70	6,48	36,72	3,84	39,87	3,84
Murcia (Región de)	6,08	9,40	42,18	6,20	9,41	41,94	6,59	43,31	6,59
Navarra (Comunidad Foral de)	4,84	7,80	19,23	4,88	7,89	22,19	5,01	23,05	5,01
País Vasco	4,51	7,09	34,45	4,57	7,12	34,21	4,62	34,69	4,62
Rioja (La)	4,56	7,01	34,68	4,91	7,50	35,31	5,10	35,45	5,10
Ceuta	6,09	8,70		6,14	8,79		6,42		6,42
Melilla	7,51	10,42		7,21	10,01		7,54		7,54

III.8. GASTO EN SERVICIOS HOSPITALARIOS Y ESPECIALIZADOS POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto sanitario en servicios hospitalarios y especializados por persona protegida supone, en el año 2003, 512 euros. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 457 y 653 euros, con un coeficiente de variación del 7,78%. Desde el año 1999, su dispersión ha registrado una tendencia decreciente.

GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR PERSONA PROTEGIDA. Euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	394	423	441	468	512
Andalucía	377	428	434	457	493
Aragón	410	437	491	500	586
Asturias (Principado de)	429	460	492	528	592
Baleares (Islas)	324	348	357	444	520
Canarias	426	456	466	506	564
Cantabria	448	480	536	564	653
Castilla y León	365	393	420	441	512
Castilla-La Mancha	317	340	357	426	457
Cataluña	387	421	437	455	493
Comunidad Valenciana	362	379	397	422	465
Extremadura	361	382	406	424	496
Galicia	405	426	456	489	517
Madrid (Comunidad de)	449	461	469	491	525
Murcia (Región de)	372	403	422	447	483
Navarra (Comunidad Foral de)	494	517	542	558	605
País Vasco	451	471	507	540	574
Rioja (La)	369	401	431	426	521
Ceuta	446	467	493	536	591
Melilla	552	501	521	573	623
Coficiente de variación (%)	9,71	8,52	8,83	7,66	7,78

III.9. GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto sanitario en atención primaria por persona protegida supone, en el año 2003, 136 euros. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 102 y 325 euros, con un coeficiente de variación del 16,66%. Desde el año 1999, la dispersión del gasto sanitario en atención primaria por persona protegida ha registrado una tendencia creciente.

GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA POR PERSONA PROTEGIDA. Euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	105	111	117	122	136
Andalucía	100	113	121	131	141
Aragón	116	124	133	139	155
Asturias (Principado de)	97	107	111	123	130
Baleares (Islas)	85	91	94	99	117
Canarias	89	92	100	114	122
Cantabria	85	95	101	107	123
Castilla y León	137	134	140	144	161
Castilla-La Mancha	118	120	127	107	127
Cataluña	114	119	131	134	157
Comunidad Valenciana	95	100	104	109	122
Extremadura	129	133	139	152	190
Galicia	93	99	110	108	113
Madrid (Comunidad de)	87	91	92	94	102
Murcia (Región de)	94	99	100	114	123
Navarra (Comunidad Foral de)	143	155	163	172	181
País Vasco	119	125	133	140	149
Rioja (La)	97	109	114	118	137
Ceuta	134	142	155	163	188
Melilla	272	259	278	279	325
Coefficiente de variación (%)	15,34	13,95	14,85	15,23	16,66

Nota: En la Comunidad Autónoma de Galicia, debido a determinadas peculiaridades, que afectan a la contabilización del gasto dentro de este capítulo presupuestario, el gasto en primaria no tiene el mismo contenido que en las demás comunidades. Entre dichas peculiaridades, se destacan las siguientes:

1. **Contabilización del gasto de urgencias 061.** El 061 se contabilizó hasta el año 2002 como atención primaria. A mediados del año 2002 se cambió la imputación del convenio de atención primaria a atención especializada, en aproximadamente el 50%. En el año 2003 se contabilizó en su totalidad en atención especializada.
2. **Gasto de mantenimiento de centros de salud a cargo de los ayuntamientos.** En el programa de atención primaria no se está contabilizando este coste.
3. **Gasto en pruebas complementarias;** Las pruebas analíticas y de diagnóstico por imagen, en su totalidad se imputan a los presupuestos del programa de atención especializada (primaria no tiene laboratorios de análisis ni gestiona las instalaciones de Rx).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el gasto en atención primaria por persona protegida para el año 2003 habría sido de 124 euros.

III.10. GASTO EN SALUD PÚBLICA POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto sanitario en salud pública por persona protegida supone, en el año 2003, 10 euros. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 0 y 25 euros, con un coeficiente de variación del 58,18%%, considerablemente más alta que en el caso de la atención primaria y especializada.

Si se consideran conjuntamente el gasto por persona protegida tanto de atención primaria de salud como de salud pública, la variabilidad de ambas se reduce.

GASTO SANITARIO EN SALUD PÚBLICA POR PERSONA PROTEGIDA. Euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	7	9	9	10	10
Andalucía	2	2	2	2	2
Aragón	14	15	16	15	17
Asturias (Principado de)	9	8	6	12	13
Baleares (Islas)	12	10	12	11	10
Canarias	12	13	10	12	12
Cantabria	20	20	14	13	8
Castilla y León	7	18	19	20	20
Castilla-La Mancha	7	13	14	15	14
Cataluña	2	2	2	1	4
Comunidad Valenciana	12	15	15	16	14
Extremadura	4	22	22	23	8
Galicia	7	8	8	9	9
Madrid (Comunidad de)	9	13	14	13	13
Murcia (Región de)	8	11	9	14	16
Navarra (Comunidad Foral de)	15	17	17	18	16
Pais Vasco	7	7	8	8	8
Rioja (La)	30	38	28	75	25
Ceuta	7	7	7	5	5
Melilla	0	0	0	0	0
Coefficiente de variación (%)	68,43	70,04	68,23	84,59	58,18

**GASTO SANITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD PÚBLICA
 POR PERSONA PROTEGIDA. Euros**

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	112	120	127	132	145
Andalucía	102	115	123	133	143
Aragón	130	139	149	154	172
Asturias (Principado de)	106	115	117	135	143
Baleares (Islas)	97	101	106	110	127
Canarias	100	105	110	126	134
Cantabria	105	114	115	120	131
Castilla y León	143	152	159	164	181
Castilla-La Mancha	125	133	141	122	141
Cataluña	116	121	132	135	161
Comunidad Valenciana	107	115	119	124	135
Extremadura	133	155	162	175	198
Galicia	101	107	119	117	121
Madrid (Comunidad de)	96	104	106	107	115
Murcia (Región de)	102	110	109	129	139
Navarra (Comunidad Foral de)	158	172	180	190	198
Pais Vasco	127	133	141	148	158
Rioja (La)	127	148	142	194	162
Ceuta	141	149	162	168	193
Melilla	272	259	278	279	325
Coefficiente de variación (%)	13,84	13,44	13,76	14,41	14,99

III.11. GASTO EN SERVICIOS COLECTIVOS POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto sanitario en servicios colectivos por persona protegida supone, en el año 2003, 19 euros. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 11 y 33 euros, con un coeficiente de variación del 32,00%.

GASTO SANITARIO EN SERVICIOS COLECTIVOS POR PERSONA PROTEGIDA. Euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	13	14	15	18	19
Andalucía	11	14	11	11	11
Aragón	8	10	9	20	28
Asturias (Principado de)	8	8	9	14	21
Baleares (Islas)	8	7	8	12	21
Canarias	18	17	17	19	21
Cantabria	9	11	13	18	22
Castilla y León	14	16	15	17	23
Castilla-La Mancha	9	10	10	14	20
Cataluña	19	20	22	26	26
Comunidad Valenciana	10	11	12	13	14
Extremadura	7	10	11	15	15
Galicia	11	11	12	14	16
Madrid (Comunidad de)	12	12	12	20	21
Murcia (Región de)	10	16	16	12	14
Navarra (Comunidad Foral de)	16	17	17	18	25
País Vasco	23	24	27	31	33
Rioja (La)	13	13	13	17	20
Ceuta	16	16	16	17	17
Melilla	23	17	16	16	16
Coficiente de variación (%)	33,03	28,70	34,48	33,39	32,00

III.12. GASTO EN INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto sanitario en investigación y formación por persona protegida supone, en el año 2003, 1 euro. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 0 y 3 euros, con un coeficiente de variación del 49,42%.

**GASTO SANITARIO EN INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN
POR PERSONA PROTEGIDA. Euros**

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	1	1	1	1	1
Andalucía	1	1	1	1	1
Aragón	0	0	0	0	1
Asturias (Principado de)	0	0	0	1	2
Baleares (Islas)	0	0	0	0	0
Canarias	1	1	1	1	2
Cantabria	0	0	0	0	0
Castilla y León	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	0	0	0	0	2
Cataluña	1	1	1	1	1
Comunidad Valenciana	1	1	1	1	1
Extremadura	0	0	0	1	1
Galicia	1	1	1	1	1
Madrid (Comunidad de)	1	0	0	2	2
Murcia (Región de)	0	0	0	0	0
Navarra (Comunidad Foral de)	2	3	3	1	3
País Vasco	1	2	2	2	2
Rioja (La)	0	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0	0
Coefficiente de variación (%)	68,79	90,92	85,57	61,90	49,42

III.13. GASTO EN ADMINISTRACIÓN GENERAL POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto sanitario en administración general por persona protegida supone, en el año 2003, 17 euros. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 8 y 31 euros, con un coeficiente de variación del 40,35%.

**GASTO SANITARIO EN ADMINISTRACIÓN GENERAL
POR PERSONA PROTEGIDA. Euros**

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	12	13	14	16	17
Andalucía	9	11	9	9	8
Aragón	8	10	9	19	27
Asturias (Principado de)	8	8	9	11	18
Baleares (Islas)	8	7	8	12	21
Canarias	16	16	15	16	18
Cantabria	8	11	12	18	21
Castilla y León	14	15	15	17	23
Castilla-La Mancha	9	10	10	14	17
Cataluña	19	20	22	25	25
Comunidad Valenciana	8	9	10	11	11
Extremadura	7	10	11	10	13
Galicia	11	11	11	11	13
Madrid (Comunidad de)	11	11	12	16	14
Murcia (Región de)	9	15	15	10	12
Navarra (Comunidad Foral de)	14	13	13	16	22
País Vasco	22	22	25	29	31
Rioja (La)	12	13	13	17	20
Ceuta	16	16	16	17	17
Melilla	23	17	16	16	16
Coefficiente de variación (%)	36,34	31,14	36,91	39,75	40,35

III.14. GASTO EN FARMACIA POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto sanitario en farmacia por persona protegida supone, en el año 2003, 224 euros. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 143 y 268 euros, con un coeficiente de variación del 12,87%. La dispersión de esta variable ha registrado desde 1999 una tendencia creciente.

GASTO SANITARIO EN FARMACIA POR PERSONA PROTEGIDA. Euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	165	179	191	205	224
Andalucía	167	178	189	201	217
Aragón	183	194	212	229	244
Asturias (Principado de)	179	194	207	228	254
Baleares (Islas)	132	139	149	157	171
Canarias	152	162	171	183	207
Cantabria	163	170	182	198	221
Castilla y León	162	174	190	208	233
Castilla-La Mancha	178	191	206	224	246
Cataluña	179	192	200	213	232
Comunidad Valenciana	170	209	222	237	259
Extremadura	174	190	206	223	247
Galicia	183	196	214	238	268
Madrid (Comunidad de)	134	141	149	160	169
Murcia (Región de)	177	187	198	211	233
Navarra (Comunidad Foral de)	158	168	168	194	216
País Vasco	154	168	177	194	217
Rioja (La)	169	185	195	205	226
Ceuta	115	127	137	149	170
Melilla	115	107	110	123	143
Coefficiente de variación (%)	9,46	11,30	11,69	11,99	12,87

III.15. GASTO EN TRASLADO DE ENFERMOS POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto sanitario en traslado de enfermos por persona protegida supone, en el año 2003, 11 euros. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 5 y 38 euros, con un coeficiente de variación del 42,85%. La dispersión de esta variable ha registrado desde 1999 una tendencia creciente.

GASTO SANITARIO EN TRASLADO DE ENFERMOS POR PERSONA PROTEGIDA.
Euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	8	9	9	10	11
Andalucía	10	11	11	11	12
Aragón	7	9	10	11	14
Asturias (Principado de)	5	6	7	8	9
Baleares (Islas)	11	11	13	13	14
Canarias	16	16	18	19	20
Cantabria	5	8	9	10	9
Castilla y León	8	9	11	12	15
Castilla-La Mancha	10	12	12	8	18
Cataluña	10	10	9	10	10
Comunidad Valenciana	4	4	5	6	6
Extremadura	12	13	14	16	21
Galicia	6	6	6	6	6
Madrid (Comunidad de)	5	5	5	4	5
Murcia (Región de)	7	8	8	9	11
Navarra (Comunidad Foral de)	9	9	10	10	11
País Vasco	8	9	10	12	13
Rioja (La)	7	9	10	12	14
Ceuta	17	14	18	17	19
Melilla	26	29	33	37	38
Coefficiente de variación (%)	35,83	35,28	36,64	38,83	42,85

III.16. GASTO EN PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto sanitario en prótesis y aparatos terapéuticos por persona protegida supone, en el año 2003, 3 euros. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 0 y 6 euros, con un coeficiente de variación del 55,05%.

**GASTO SANITARIO EN PRÓTESIS Y APARATOS TERAPÉUTICOS
 POR PERSONA PROTEGIDA. Euros**

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	2	3	3	3	3
Andalucía	4	7	6	6	6
Aragón	2	2	2	2	2
Asturias (Principado de)	1	1	2	1	0
Baleares (Islas)	1	1	1	1	1
Canarias	2	2	2	2	2
Cantabria	2	2	2	2	3
Castilla y León	2	2	2	2	3
Castilla-La Mancha	1	2	2	1	2
Cataluña	2	2	3	4	4
Comunidad Valenciana	4	4	3	4	4
Extremadura	1	2	2	1	1
Galicia	1	2	2	3	2
Madrid (Comunidad de)	1	1	1	2	1
Murcia (Región de)	2	2	2	2	2
Navarra (Comunidad Foral de)	3	3	3	3	4
País Vasco	2	2	2	2	2
Rioja (La)	2	2	2	2	2
Ceuta	1	1	2	2	1
Melilla	1	1	1	1	1
Coefficiente de variación (%)	48,78	72,84	53,81	54,72	55,05

III.17. GASTO DE CAPITAL POR PERSONA PROTEGIDA

El gasto de capital por persona protegida supone, en el año 2003, 35 euros. Por comunidades autónomas, esta variable oscila entre 13 y 70 euros, con un coeficiente de variación del 38,27%.

GASTO SANITARIO DE CAPITAL POR PERSONA PROTEGIDA. Euros

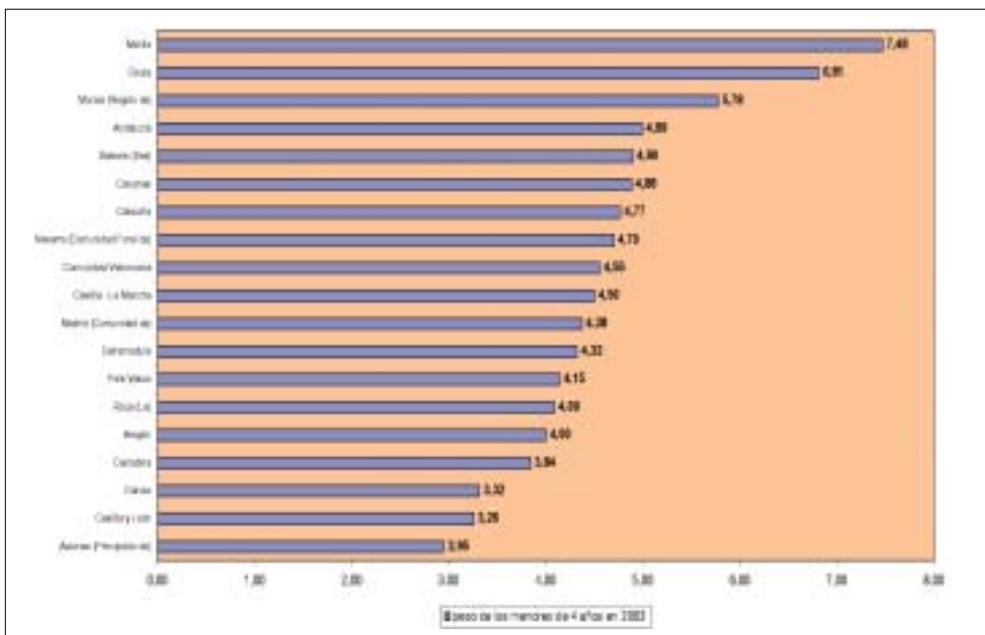
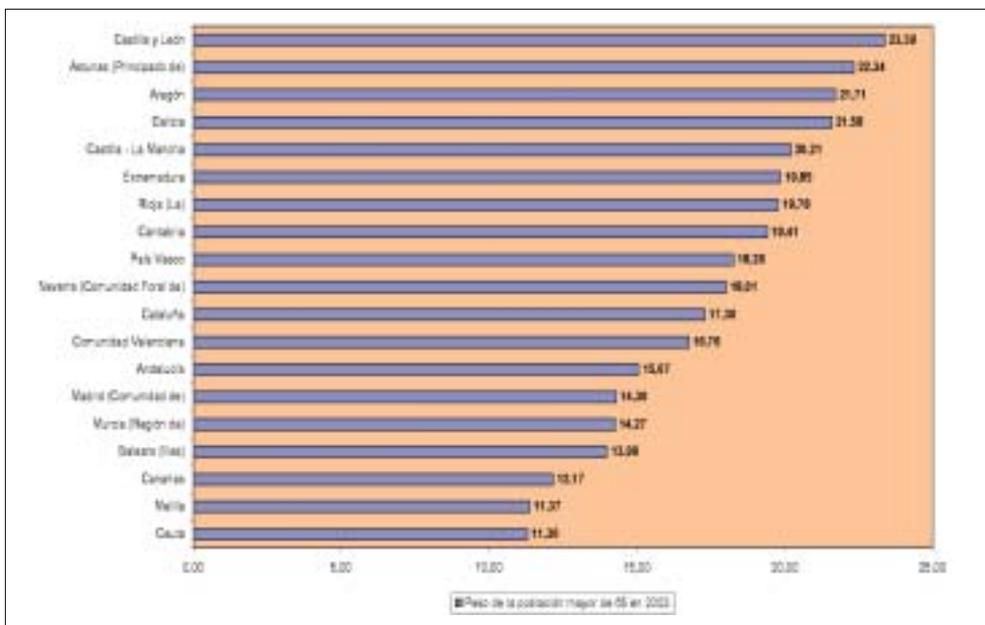
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	25	26	31	34	35
Andalucía	8	12	16	16	19
Aragón	32	30	26	38	24
Asturias (Principado de)	33	29	42	38	46
Baleares (Islas)	40	28	42	59	51
Canarias	54	60	53	50	48
Cantabria	43	50	67	102	35
Castilla y León	28	44	40	52	59
Castilla-La Mancha	30	31	42	79	52
Cataluña	9	11	14	18	24
Comunidad Valenciana	20	16	19	25	35
Extremadura	37	36	27	92	34
Galicia	47	49	52	35	49
Madrid (Comunidad de)	28	29	47	32	33
Murcia (Región de)	39	41	49	52	70
Navarra (Comunidad Foral de)	40	46	40	41	31
País Vasco	28	30	31	30	31
Rioja (La)	37	39	42	57	52
Ceuta	28	27	13	21	28
Melilla	16	44	52	21	13
Coefficiente de variación (%)	56,56	55,19	48,78	58,20	38,27

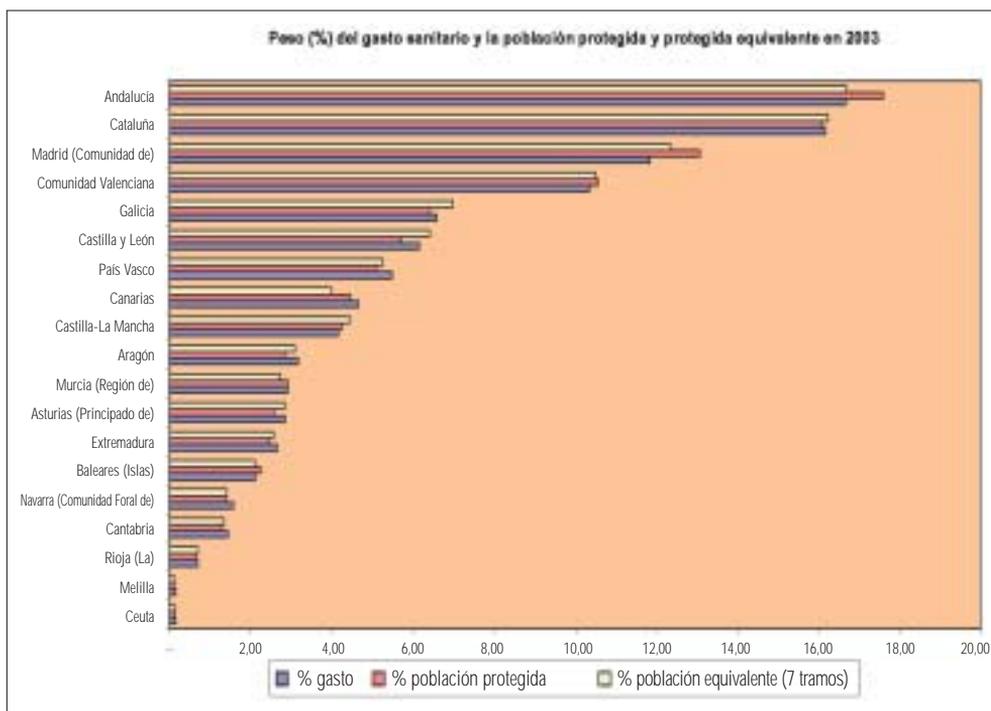
III.18. POBLACIÓN PROTEGIDA EQUIVALENTE

El escenario base para el cálculo de la población protegida equivalente considerado en este documento es el que corrige la estructura por edades de la población sobre la base de los coeficientes de gasto relativo obtenidos por la Subdirección de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del MSC para los siete grupos de edad señalados al principio de este capítulo, por entender que es el análisis más fino. No obstante, se proporciona información del comportamiento de la población protegida equivalente obtenida sobre la base de los otros dos grupos de edad para los que el mencionado Ministerio ha elaborado los correspondientes perfiles de gasto por edad.

Se observa que, de forma sistemática, y en cualquiera de los tres escenarios considerados para corregir la población por su estructura de edades, son las comunidades de Castilla y León, Galicia, Cataluña, Asturias, País Vasco, Aragón y Castilla-la Mancha las que presentan una mayor ganancia de peso respecto de la población protegida sin corregir, seguidas por Cantabria, Navarra, Extremadura y La Rioja. En el otro extremo, y también de forma sistemática independientemente del perfil utilizado para corregir la estructura poblacional, se

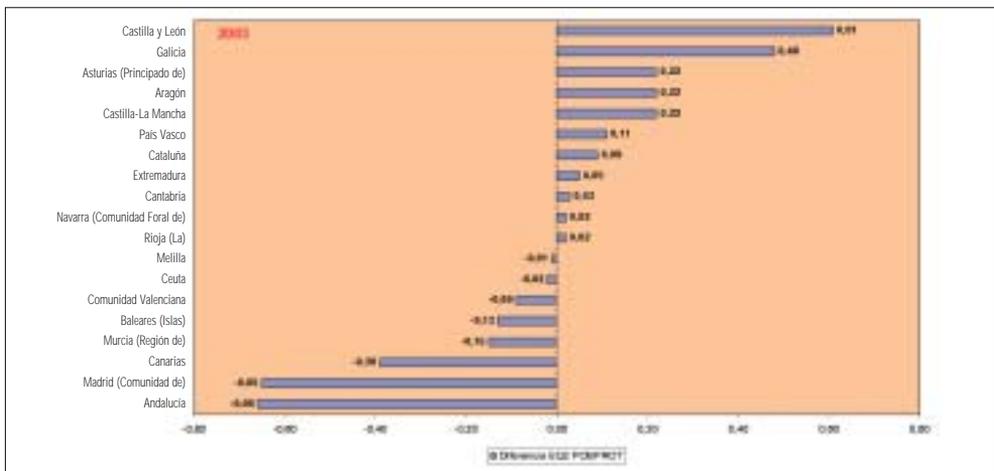
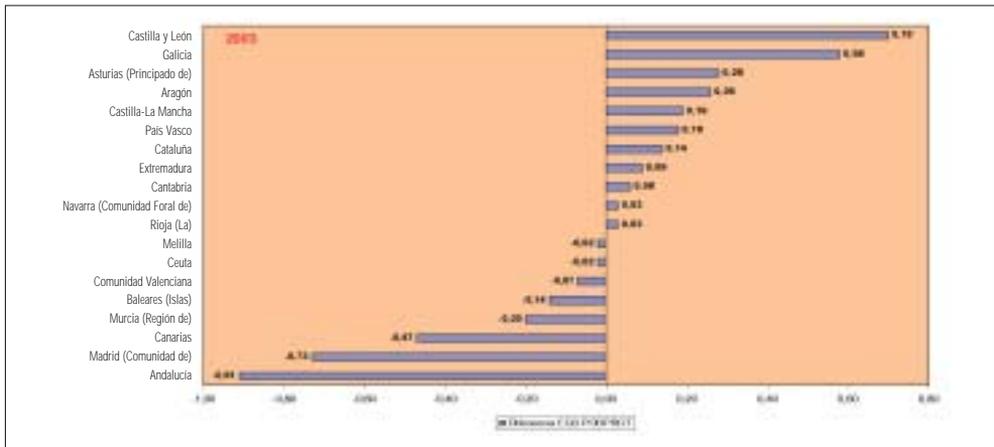
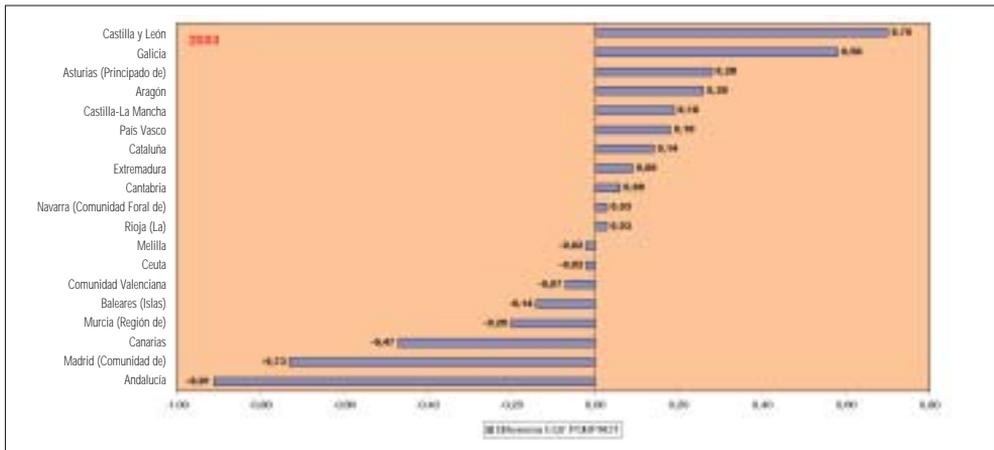
encuentran las comunidades de Andalucía, Baleares, Canarias, Madrid, Murcia y la Comunidad Valenciana, en las que la población equivalente registra una pérdida de peso con relación a la población protegida sin corregir.





Las CC.AA. que presentan los incrementos de gasto sanitario más elevados entre 1999 y 2003 se corresponden, en general, con las que han registrado mayores aumentos de población. Pese a los incrementos poblacionales, Baleares, Comunidad Valenciana y La Rioja acortan las distancias que les separan de la media de gasto por persona equivalente entre el comienzo y el final del periodo. Baleares, de hecho, pasa de situarse en 1999 por debajo de la media a situarse por encima en el año 2003. Por su parte, Murcia y Canarias, que ya en 1999 registraban un gasto por persona equivalente superior al de la media de CC.AA., amplían sus diferencias con respecto a la media de dicho gasto en 2003.

Las tasas de crecimiento del gasto que registran Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha y Extremadura, también superiores al crecimiento medio del gasto sanitario del conjunto de CC.AA., no se justifican por la evolución de la población.



A) Población protegida equivalente Siete grupos de edad

POBLACIÓN PROTEGIDA EQUIVALENTE (SIETE GRUPOS DE EDAD)					
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	37.653.284	38.059.678	38.897.875	39.650.225	40.545.730
Andalucía	6.369.390	6.402.652	6.537.370	6.627.159	6.766.679
Aragón	1.208.602	1.215.660	1.230.726	1.247.814	1.260.706
Asturias (Principado de)	1.130.194	1.129.272	1.138.805	1.146.993	1.155.020
Baleares (Islas)	749.627	768.289	797.056	829.183	856.564
Canarias	1.396.635	1.435.107	1.503.514	1.560.844	1.612.961
Cantabria	521.324	527.072	536.451	542.749	552.549
Castilla y León	2.541.683	2.549.643	2.572.591	2.586.132	2.603.574
Castilla-La Mancha	1.710.997	1.714.181	1.749.015	1.771.637	1.801.648
Cataluña	6.071.828	6.144.625	6.265.282	6.408.727	6.587.741
Comunidad Valenciana	3.826.367	3.896.887	3.998.466	4.114.607	4.260.049
Extremadura	1.023.985	1.022.831	1.034.885	1.037.393	1.040.747
Galicia	2.730.396	2.753.153	2.783.555	2.809.296	2.838.427
Madrid (Comunidad de)	4.455.250	4.534.622	4.699.814	4.834.910	5.005.576
Murcia (Región de)	983.263	1.001.174	1.035.961	1.067.854	1.104.915
Navarra (Comunidad Foral de)	534.829	542.308	555.060	567.744	576.707
País Vasco	2.046.414	2.063.682	2.088.514	2.114.248	2.135.073
Rioja (La)	264.934	264.419	273.399	283.601	288.682
Ceuta	49.938	50.365	51.328	52.289	51.505
Melilla	37.628	43.736	46.082	47.043	46.609

B) Población protegida equivalente Tres grupos de edad

POBLACIÓN PROTEGIDA EQUIVALENTE (TRES GRUPOS DE EDAD)					
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	37.726.754	38.116.880	38.897.604	39.635.569	40.462.720
Andalucía	6.507.257	6.540.528	6.658.567	6.742.827	6.867.856
Aragón	1.191.748	1.198.410	1.212.013	1.229.176	1.239.865
Asturias (Principado de)	1.114.666	1.112.537	1.118.390	1.123.253	1.125.918
Baleares (Islas)	753.218	771.938	800.594	833.015	859.050
Canarias	1.432.817	1.472.701	1.539.465	1.596.945	1.645.849
Cantabria	519.661	524.545	532.621	537.737	545.365
Castilla y León	2.512.697	2.517.731	2.534.539	2.545.286	2.554.342
Castilla-La Mancha	1.720.566	1.725.258	1.757.971	1.781.059	1.809.596
Cataluña	6.030.958	6.099.220	6.212.348	6.357.181	6.533.509
Comunidad Valenciana	3.834.238	3.900.373	3.994.338	4.107.769	4.246.484
Extremadura	1.034.231	1.033.099	1.044.508	1.047.071	1.047.448
Galicia	2.691.393	2.713.066	2.739.422	2.762.240	2.784.341
Madrid (Comunidad de)	4.466.104	4.543.715	4.709.851	4.849.746	5.020.172
Murcia (Región de)	1.005.261	1.023.849	1.060.120	1.093.158	1.130.469
Navarra (Comunidad Foral de)	530.228	537.409	549.810	562.403	569.900
País Vasco	2.027.403	2.041.675	2.060.672	2.081.948	2.094.917
Rioja (La)	262.681	262.062	270.420	280.860	285.285
Ceuta	52.193	52.676	53.547	54.527	53.517
Melilla	39.433	46.086	48.407	49.368	48.837

C) Población protegida equivalente Dos grupos de edad

POBLACIÓN PROTEGIDA EQUIVALENTE (TRES GRUPOS DE EDAD)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	37.727.611	38.114.845	38.897.749	39.619.374	40.421.873
Andalucía	6.490.906	6.522.128	6.648.085	6.730.970	6.850.113
Aragón	1.193.049	1.199.231	1.212.964	1.229.500	1.239.623
Asturias (Principado de)	1.119.466	1.116.978	1.122.739	1.127.167	1.129.390
Baleares (Islas)	752.276	771.337	799.889	831.778	857.247
Canarias	1.434.295	1.473.189	1.539.533	1.595.123	1.642.972
Cantabria	521.062	526.024	533.670	538.559	545.759
Castilla y León	2.518.464	2.524.333	2.541.237	2.551.322	2.559.167
Castilla-La Mancha	1.717.668	1.721.051	1.756.090	1.778.822	1.806.707
Cataluña	6.029.709	6.097.881	6.206.697	6.347.224	6.519.818
Comunidad Valenciana	3.833.943	3.899.844	3.994.267	4.105.650	4.241.042
Extremadura	1.033.415	1.033.586	1.044.257	1.046.793	1.046.446
Galicia	2.698.868	2.720.884	2.747.565	2.769.075	2.790.047
Madrid (Comunidad de)	4.468.661	4.546.581	4.711.827	4.851.386	5.019.059
Murcia (Región de)	1.001.248	1.019.551	1.055.783	1.088.015	1.124.461
Navarra (Comunidad Foral de)	529.726	537.233	549.418	561.703	568.779
País Vasco	2.031.024	2.044.591	2.062.117	2.082.501	2.094.697
Rioja (La)	262.952	262.372	270.697	280.986	285.237
Ceuta	51.631	52.166	53.063	54.046	53.035
Melilla	39.246	45.884	47.854	48.756	48.274

Estructura de la población protegida y la población equivalente por comunidades autónomas según los grupos de edad considerados. 2003

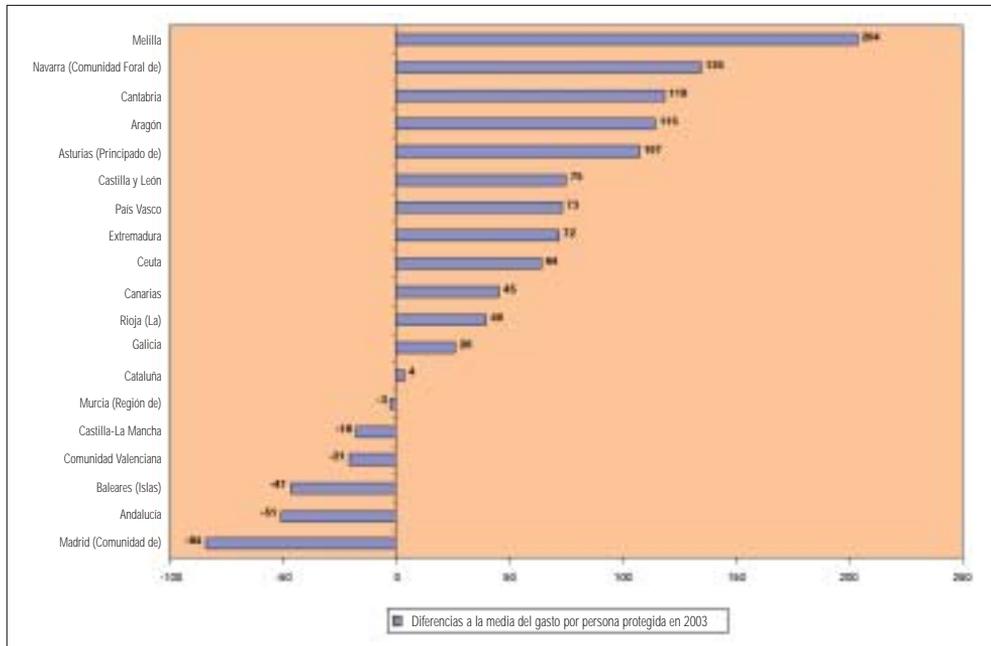
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Pob eq 7 %	Pob eq 3 %	Pob eq 2 %	Pob prot %
Andalucía	16,69	16,69	16,95	17,60
Aragón	3,11	3,11	3,07	2,85
Asturias (Principado de)	2,85	2,85	2,79	2,57
Baleares (Islas)	2,11	2,11	2,12	2,25
Canarias	3,98	3,98	4,06	4,45
Cantabria	1,36	1,36	1,35	1,30
Castilla y León	6,42	6,42	6,33	5,72
Castilla-La Mancha	4,44	4,44	4,47	4,25
Cataluña	16,25	16,25	16,13	16,11
Comunidad Valenciana	10,51	10,51	10,49	10,58
Extremadura	2,57	2,57	2,59	2,48
Galicia	7,00	7,00	6,90	6,42
Madrid (Comunidad de)	12,35	12,35	12,42	13,08
Murcia (Región de)	2,73	2,73	2,78	2,93
Navarra (Comunidad Foral de)	1,42	1,42	1,41	1,39
País Vasco	5,27	5,27	5,18	5,09
Rioja (La)	0,71	0,71	0,71	0,68
Ceuta	0,13	0,13	0,13	0,15
Melilla	0,11	0,11	0,12	0,13

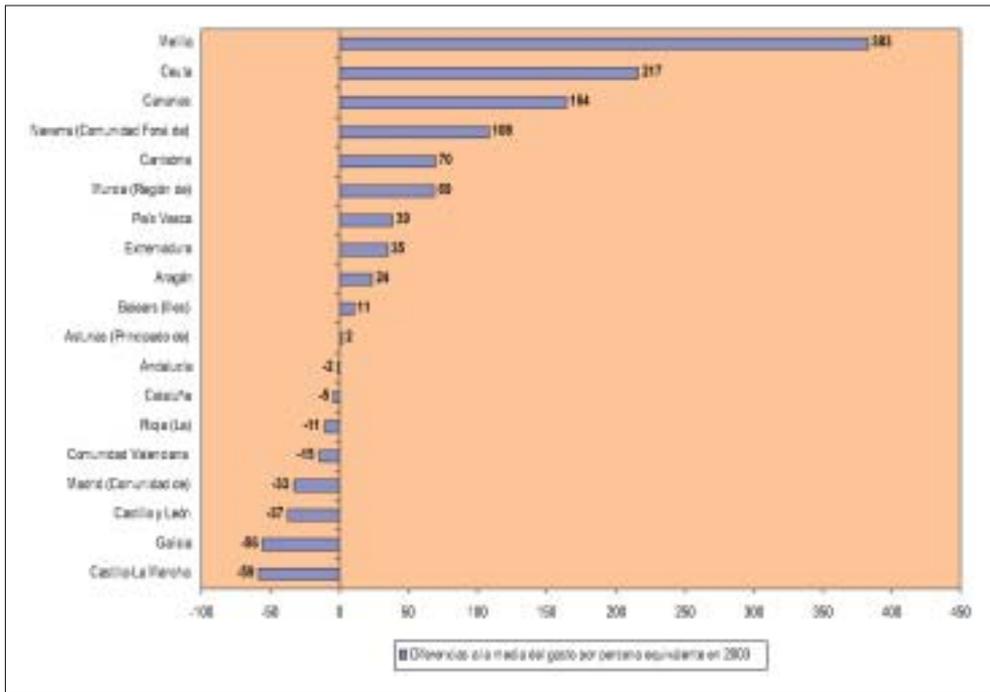
III.19. GASTO POR POBLACIÓN PROTEGIDA EQUIVALENTE

A) GASTO POR PERSONA PROTEGIDA EQUIVALENTE: SIETE GRUPOS DE EDAD

El gasto medio por persona equivalente en 2003 asciende a 953 euros, con un recorrido por comunidades autónomas entre 894 y 1.337 euros. Esta variable en 2003 reduce su dispersión por comunidades frente al gasto medio por población protegida sin corregir por la estructura de edades. Además, la tendencia de dicha dispersión es ahora decreciente, al contrario de lo que ocurría cuando no se consideraba la estructura poblacional en el gasto por persona.

Se observa que determinadas comunidades autónomas empeoran su posición relativa respecto del gasto sanitario por persona cuando se corrige la población por estructura. Tal es el caso de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra y La Rioja. Otras como Ceuta, Canarias, Murcia, Comunidad Valenciana, Baleares, Andalucía y Madrid mejoran su posición relativa. Por su parte, Melilla, País Vasco, Extremadura y Cataluña mantienen su posición relativa, si bien Cataluña pasa de estar por encima de la media a quedar por debajo de ésta.





GASTO SANITARIO DE CAPITAL POR PERSONA PROTEGIDA. Euros

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	727	781	818	874	953
Andalucía	729	821	838	884	952
Aragón	711	753	818	871	977
Asturias (Principado de)	702	746	796	856	955
Baleares (Islas)	643	670	714	848	964
Canarias	876	931	946	1.022	1.118
Cantabria	750	804	884	970	1.023
Castilla y León	662	712	753	801	916
Castilla-La Mancha	644	691	736	838	894
Cataluña	716	769	806	858	949
Comunidad Valenciana	699	759	794	851	939
Extremadura	712	768	801	936	988
Galicia	711	746	801	830	898
Madrid (Comunidad de)	766	792	830	859	920
Murcia (Región de)	757	819	863	923	1.022
Navarra (Comunidad Foral de)	856	907	934	988	1.061
País Vasco	790	828	877	931	992
Rioja (La)	685	751	783	860	942
Ceuta	892	936	974	1.052	1.170
Melilla	1.149	1.122	1.182	1.217	1.337
Coefficiente de variación (%)	7,02	6,84	5,91	5,62	5,17

B) GASTO POR PERSONA PROTEGIDA EQUIVALENTE: SIETE GRUPOS DE EDAD. VARIACIÓN INTERANUAL

El gasto sanitario por persona equivalente entre 1999 y 2003 ha registrado un crecimiento anual medio del 7,01%, pasando de un crecimiento anual en 2000 de 7,40% a un 9,11% en el año 2003. Por comunidades autónomas, el crecimiento anual medio del gasto sanitario por persona equivalente durante el periodo de análisis oscila entre 3,85% y 10,65%.

GASTO POR POBLACIÓN PROTEGIDA EQUIVALENTE (SIETE GRUPOS DE EDAD)

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL	7,40	4,81	6,77	9,11	7,01
Andalucía	12,58	2,14	5,49	7,59	6,88
Aragón	5,86	8,72	6,42	12,19	8,27
Asturias (Principado de)	6,24	6,69	7,59	11,55	7,99
Baleares (Islas)	4,26	6,51	18,77	13,68	10,65
Canarias	6,27	1,61	8,09	9,36	6,29
Cantabria	7,25	9,99	9,71	5,42	8,08
Castilla y León	7,65	5,69	6,41	14,28	8,45
Castilla-La Mancha	7,28	6,50	13,80	6,78	8,55
Cataluña	7,35	4,83	6,48	10,56	7,28
Comunidad Valenciana	8,52	4,69	7,15	10,30	7,65
Extremadura	7,90	4,22	16,96	5,57	8,55
Galicia	4,91	7,37	3,57	8,20	6,00
Madrid (Comunidad de)	3,36	4,82	3,58	7,07	4,70
Murcia (Región de)	8,15	5,35	6,94	10,77	7,78
Navarra (Comunidad Foral de)	5,99	2,95	5,77	7,42	5,52
Pais Vasco	4,81	5,89	6,14	6,55	5,84
Rioja (La)	9,52	4,31	9,83	9,58	8,28
Ceuta	4,92	4,11	7,96	11,26	7,02
Melilla	-2,38	5,38	3,01	9,79	3,85

ANEXO II²⁴

PERFILES DE GASTO SANITARIO PÚBLICO POR EDAD

1. RESULTADOS

1) PERFILES DE GASTO PER CÁPITA POR TRAMOS DE EDAD PARA CADA UNA DE LAS FUNCIONES ASISTENCIALES

Tabla 1: Índices de gasto medio per cápita por tramo de edad

Tramos de edad	Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria	Prótesis y traslados	Admón. y Salud Pública
0-4	1,190	0,209	1,449	1,000	1,000
5-14	0,261	0,153	0,752	1,000	1,000
15-44	0,515	0,247	0,739	1,000	1,000
45-54	0,840	0,689	1,118	1,000	1,000
55-64	1,341	1,391	1,205	1,000	1,000
65-74	2,195	3,210	1,567	1,000	1,000
Más de 74	3,116	4,300	1,484	1,000	1,000

Tabla 2: Índices de gasto medio per cápita por tramo de edad

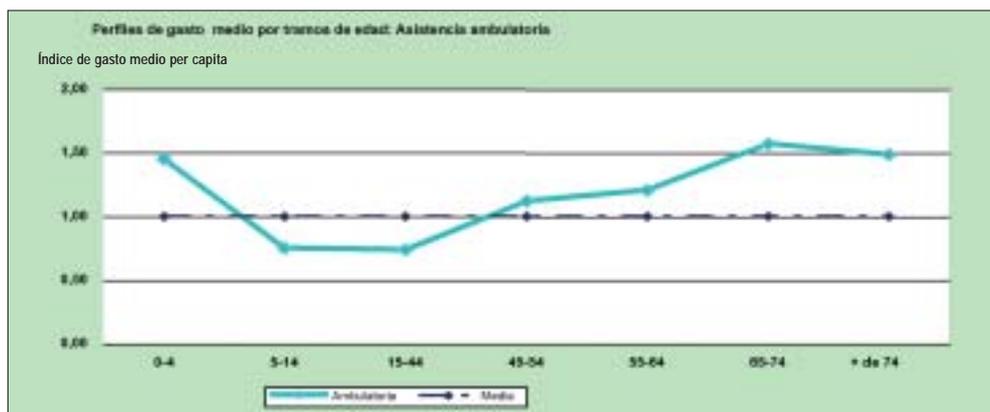
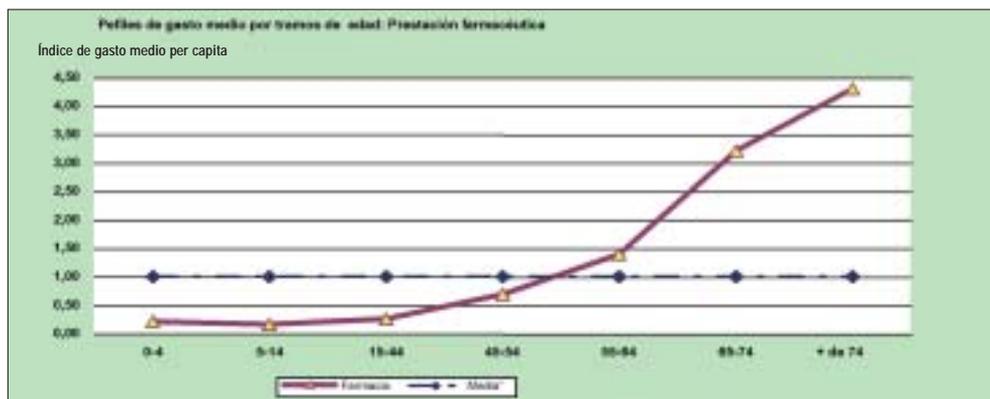
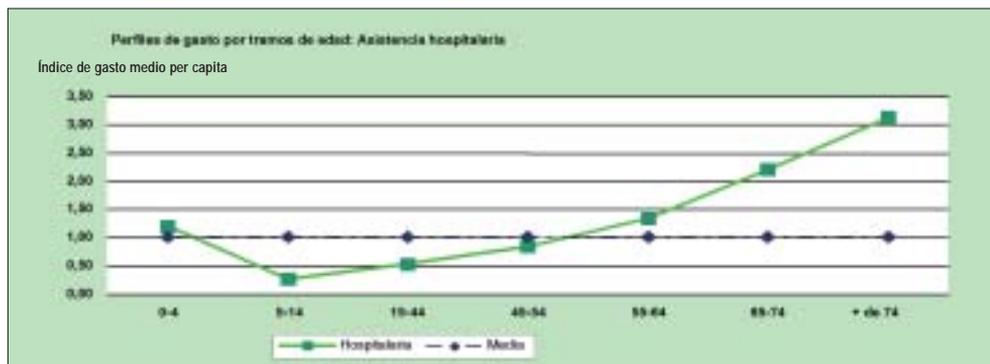
Tramos de edad	Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria	Prótesis y traslados	Admón. y Salud Pública
0-4	1,190	0,209	1,449	1,000	1,000
5-64	0,639	0,450	0,859	1,000	1,000
Más de 64	2,593	3,680	1,531	1,000	1,000

Tabla 3: Índices de gasto medio per cápita por tramo de edad

Tramos de edad	Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria	Prótesis y traslados	Admón. y Salud Pública
0 a 64	0,666	0,438	0,889	1,000	1,000
Más de 64	2,593	3,680	1,531	1,000	1,000
+ de 64 / <65	3,891	8,403	1,722	1,000	1,000

El valor uno representa, para cada una de las funciones asistenciales, el gasto medio del conjunto de la población. Las funciones de Prótesis y Traslados y de Administración y Salud Pública, tienen para todos los tramos de edad el gasto medio, ya que no se cuenta con indicadores de frecuentación y/o coste por tramos de edad. (Ver apartados metodológico y de cálculos)

²⁴ Elaborado por la Subdirección de Análisis Económico y Fondo de Cohesión (Dirección General de Cohesión y Alta Inspección) del Ministerio de Sanidad y Consumo.



2) PERFILES DE GASTO PER CÁPITA POR TRAMOS DE EDAD PARA EL TOTAL DEL GASTO

Los índices del gasto medio per capita para el gasto total resultantes, que se incluyen en las tablas 4, 5y 6, proporcionan las ponderaciones aplicables para el cálculo de la población en términos equivalentes.

Tabla 4: Índices de gasto medio per cápita por tramo de edad (7 grupos de edad)

Tramos de edad	TOTAL
0-4	1,031
5-14	0,433
15-44	0,547
45-54	0,904
55-64	1,292
65-74	2,175
Más de 64	2,759

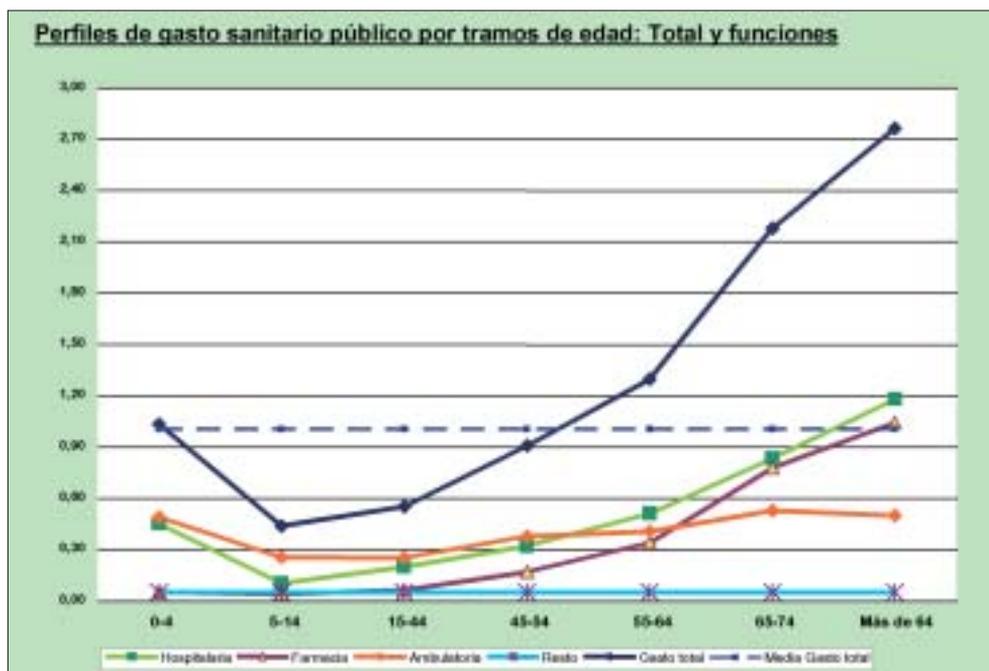
Tabla 5: Índices de gasto medio per cápita por tramo de edad (3 grupos de edad)

Tramos de edad	TOTAL
0-4	1,031
5-64	0,684
Más de 64	2,427

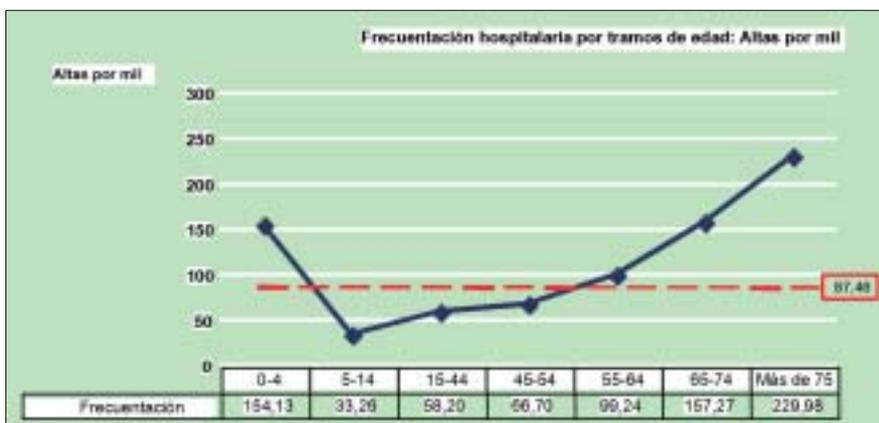
Tabla 6: Índices de gasto medio per cápita por tramo de edad (2 grupos de edad)

Tramos de edad	TOTAL
0 a 64	0,701
Más de 64	2,427
+64/<65	3,462

El valor uno representa, para el gasto total (suma de todas las funciones asistenciales) el gasto per capita medio para el conjunto de la población. (Ver apartados de metodología y cálculos)



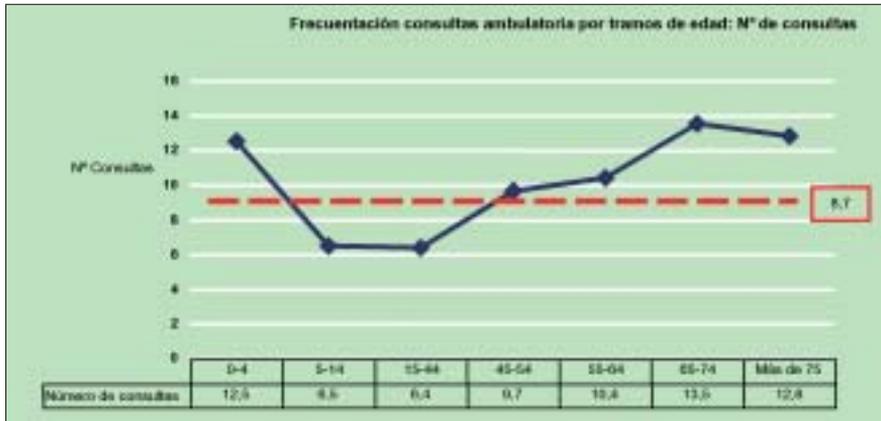
ASISTENCIA HOSPITALARIA: Parámetros de frecuentación, coste y gasto.



PRESTACIÓN FARMACEUTICA: Parámetros de frecuentación, coste y gasto



ASISTENCIA AMBULATORIA: Parámetros de frecuentación.



2. METODOLOGÍA

• Distribución de la población:

- Los datos de base son los del Padrón 2001 del INE (datos a 1.1.2001)
- La población protegida por el Sistema, para todas las funciones asistenciales, excepto la atención farmacéutica, se calcula de la siguiente forma:

Población protegida general año 2001 = Población padrón (a 1.1.2001) menos los colectivos de las Mutualidades de funcionarios públicos (Muface, Mugeju e Isfas) adscritos a Entidades de Seguro Libre a efectos de su asistencia sanitaria (a 31.12.2000), así como el colectivo adscrito a la Sanidad Militar del Isfas.

- La población protegida por el sistema para la función asistencial de atención farmacéutica se calcula como:

Población protegida farmacia año 2001 = Población padrón (a 1.1.2001) menos el colectivo total de las Mutualidades de funcionarios públicos (a 31.12.2000).

Tabla 7: Coeficientes de distribución de la población Protegida (2001)

Tramos de edad	Población protegida general	Población protegida general
0-4	0,0416	0,0416
5-14	0,0997	0,0994
15-44	0,4632	0,4634
45-54	0,1216	0,1214
55-64	0,1005	0,1006
65-74	0,0983	0,0986
Más de 74	0,0748	0,0747
TOTAL	1,0000	1,0000

- **Distribución del gasto sanitario público por funciones asistenciales:**

1. Ecuación del gasto sanitario:

$$GSP = GA + GH + GF + GR$$

2. En la que:

GA = Gasto en atención primaria (GP) más gasto en atención especializada ambulatoria (GAE)

GH = Gasto en atención hospitalaria

GF = Gasto en farmacia

GR = Otros gastos: Salud Pública, Traslado y Prótesis, Admón. e investigación

3. $GP = 0,150 \times GSP$

$$GAE = 0,185 \times GSP$$

$$GH = 0,378 \times GSP$$

$$GF = 0,241 \times GSP$$

$$GR = 0,046 \times GSP$$

Tabla 8: Coeficientes de distribución del gasto por funciones asistenciales

Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria	Prótesis y Traslados	Admón. y Salud Pública	TOTAL
0,378	0,241	0,335	0,015	0,031	1,000

- **Coeficientes del gasto por función asistencial y tramos de edad sobre el total del gasto de la función.**

1. La distribución del gasto hospitalario proviene de la explotación por tramos de edad del CMBD, y de la valoración de las altas hospitalarias en función del coste de sus GRD para el año 2001. Recoge tanto la estructura de frecuentación como la de coste
2. Los datos de gasto farmacéutico provienen de la explotación de la base de datos DIGITALiS, que recoge los datos de gasto y consumo de recetas médicas en el territorio INSALUD, para el año 2001. Recoge tanto la estructura de frecuentación como la de coste
3. Los coeficientes del gasto ambulatorio provienen de la Encuesta Nacional de Salud 2001, y hacen referencia a la frecuentación por tramos de edad, sin incorporar datos de diferencias de coste. Se aplican tanto al gasto en atención primaria como en atención ambulatoria especializada (consultas externas y urgencias). No se incorporan datos de diferencias en coste.
4. Para el gasto residual no se cuenta con indicadores específicos, por lo que su tratamiento en los cálculos ha sido neutro. No se incorporan coeficientes de diferencia de frecuentación ni de diferencia de costes.

Tabla 9: Coeficientes de gasto por tramo de edad para cada función asistencial

Tramos de edad	Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria	Prótesis y traslados	Admón. y Salud Pública
0-4	0,05	0,01	0,06	0,04	0,04
5-14	0,03	0,02	0,08	0,10	0,10
15-44	0,24	0,11	0,34	0,46	0,46
45-54	0,10	0,08	0,14	0,12	0,12
55-64	0,13	0,14	0,12	0,10	0,10
65-74	0,22	0,32	0,15	0,10	0,10
Más de 74	0,23	0,32	0,11	0,07	0,07
TOTAL	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

3. CÁLCULOS

Este epígrafe hace referencia al cómputo de los perfiles de gasto por tramos de edad y funciones de gasto, con especificación de coeficientes de población, coeficientes del gasto de cada tramo, así como los índices de gasto medio per cápita.

1.- Cálculo de los perfiles de gasto por tramos de edad y funciones de gasto (7 tramos de edad)

	Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria	Traslado Protésis	Servicios colectivos	TOTAL
Distribución gasto sanitario (1)	0,378	0,241	0,335	0,015	0,031	1,000
0-4	0,042	0,042	0,042	0,042	0,04	
5-14	0,100	0,099	0,100	0,100	0,10	
15-44	0,463	0,463	0,463	0,463	0,46	
45-54	0,122	0,121	0,122	0,122	0,12	
55-64	0,101	0,101	0,101	0,101	0,10	
65-74	0,098	0,099	0,098	0,098	0,10	
Más de 74	1,000	1,000	1,000	1,000	1,00	
0-4	0,050	0,009	0,060	0,042	0,042	
5-14	0,026	0,015	0,075	0,100	0,100	
15-44	0,238	0,114	0,342	0,463	0,463	
45-54	0,102	0,084	0,136	0,122	0,122	
55-64	0,135	0,140	0,121	0,101	0,101	
65-74	0,216	0,317	0,154	0,098	0,098	
Más de 74	0,233	0,321	0,111	0,075	0,075	
	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
0-4	1,190	0,209	1,449	1,000	1,000	
5-14	0,261	0,153	0,752	1,000	1,000	
15-44	0,515	0,247	0,739	1,000	1,000	
45-54	0,840	0,689	1,118	1,000	1,000	
55-64	1,341	1,391	1,205	1,000	1,000	
65-74	2,195	3,210	1,567	1,000	1,000	
Más de 74	3,116	4,300	1,484	1,000	1,000	
	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
0-4	0,450	0,051	0,485	0,015	0,031	1,031
5-14	0,099	0,037	0,252	0,015	0,031	0,433
15-44	0,195	0,060	0,247	0,015	0,031	0,547
45-54	0,318	0,166	0,374	0,015	0,031	0,904
55-64	0,507	0,336	0,403	0,015	0,031	1,292
65-74	0,830	0,775	0,524	0,015	0,031	2,175
Más de 74	1,178	1,038	0,497	0,015	0,031	2,759
	0,378	0,241	0,335	0,015	0,031	1,000
Índices de gasto medio per cápita de cada tramo de edad para cada una de las funciones de gasto (4) = (3) / (2)						
Índices de gasto medio per cápita de cada tramo de edad para el total de las funciones (5) = (4) * (1)						

2.- Cálculo de los perfiles de gasto por tramos de edad y funciones de gasto (3 tramos de edad)

Distribución gasto sanitario (1)		Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria	Traslado Prótesis	Servicios colectivos	TOTAL
		0,378	0,241	0,335	0,015	0,031	1,000
Coeficientes de POBLACIÓN (2)	0 - 4	0,0416	0,0416	0,0416	0,042	0,0416	
	5- 64	0,7852	0,7851	0,7852	0,7852	0,7852	
	Más de 64	0,1731	0,1734	0,1731	0,1731	0,1731	
		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Coeficientes del gasto de cada tramo de edad sobre el gasto de CADA FUNCIÓN (3)	0 - 4	0,050	0,009	0,060	0,042	0,042	
	5- 64	0,502	0,353	0,675	0,785	0,785	
	Más de 64	0,449	0,638	0,265	0,173	0,173	
		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
Índices de gasto medio per capita de cada tramo de edad para cada una de las funciones de gasto (4) = (3)/(2)	0 - 4	1,190	0,209	1,449	1,000	1,000	
	5- 64	0,639	0,450	0,859	1,000	1,000	
	Más de 64	2,593	3,680	1,531	1,000	1,000	
		1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
Índices de gasto medio per capita de cada tramo de edad para el total de las funciones (5) = (4) * (1)	0 - 4	0,450	0,051	0,485	0,015	0,031	1,031
	5- 64	0,241	0,109	0,288	0,015	0,031	0,684
	Más de 64	0,980	0,889	0,512	0,015	0,031	2,427
		0,378	0,241	0,335	0,015	0,031	1,000

3.- Cálculo de los perfiles de gasto por tramos de edad y funciones de gasto (2 tramos de edad)

Distribución gasto sanitario (1)		Hospitalaria	Farmacia	Ambulatoria	Traslado Prótesis	Servicios colectivos	TOTAL
Porcentajes de POBLACIÓN (2)	0 -64	0,827	0,241	0,335	0,015	0,031	1,000
	Más de 64	0,173 1,000	0,173 1,000	0,827 1,000	0,827 1,000	0,827 1,000	
Coeficientes del gasto de cada tramo de edad sobre el gasto de CADA FUNCIÓN (3)	0 a 64	0,551	0,362	0,735	0,827	0,83	
	Más de 64	0,449 1,000	0,638 1,000	0,265 1,000	0,173 1,000	0,173 1,000	
Índices de gasto medio per capita por tramos de edad para cada una de las funciones de gasto (4) = (3)/(2)	0 a 64	0,666	0,438	0,889	1,000	1,000	
	Más de 64	2,593 1,000	3,680 1,000	1,531 1,000	1,000 1,000	1,000 1,000	
Índice de gasto medio per capita por tramos de edad para el total de las funciones asistenciales (5) = (4) * (1)	0 a 64	0,252	0,106	0,298	0,015	0,031	0,701
	Más de 64	0,980 0,378	0,889 0,241	0,512 0,335	0,015 0,015	0,031 0,031	2,427 1,000

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SOBRE LA INCORPORACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN AL ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO

Los siguientes trabajos ponen de manifiesto que ya desde los años noventa se viene abordando en España la descomposición del gasto sanitario en factores entre los que se cuenta el factor demográfico.

Bandrés E. (1990). *Los efectos de los gastos sociales sobre la distribución de la renta en España*. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.

Barea J. y otros. (1992). *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Instituto de Estudios Fiscales. M^o de Economía y Hacienda. Madrid

Barea J. (1993). *El sistema de protección social español y la evolución demográfica. En Europa en el movimiento demográfico. Los sistemas de pensiones y la evolución demográfica*. Colección Seguridad Social n^o 9. M^o de trabajo y Seguridad Social. Madrid.

Fernández M. (1993). El gasto en protección social en los países de la Unión Europea durante el período 1980-1991. *Revista de Economía y Sociología del Trabajo* n^o 21-22. Septiembre-diciembre 1993. M^o Trabajo y Seguridad Social. Madrid.

MEH (1996). *El gasto sanitario público en España: diez años de sistema nacional de salud un método de análisis basado en la contabilidad nacional de España y previsiones hasta el año 2000*. Documento de Trabajo de la Dirección General de Planificación Ministerio de Economía y Hacienda. Ministerio de Economía y Hacienda. Madrid.

El factor demográfico incluye población y se venía hablando de envejecimiento para indicar que la estructura por edades de la población influye en el gasto sanitario. Se consideraba para tener en cuenta la estructura por edades dos colectivos: mayores y menores de 65 años.

Trabajos más recientes, como el publicado por la Fundación BBV en el año 2001 dirigido el profesor Guillem López Casanovas y coordinado por Ana Rico Gómez (*Evaluación de las Políticas de Servicios Sanitarios en el Estado de las Autonomías*) ponen de manifiesto las diferencias en el gasto por persona en función de la edad para un mayor número de grupos poblacionales e incorporan el efecto de esta estructura demográfica más fina al análisis del gasto sanitario y su evolución.

Por otra parte, la Unión Europea (Comité de Política Económica) ha utilizado los perfiles de gasto por edad para medir el impacto de la estructura demográfica en la evolución del gasto sanitario público (*EPC/ECFIN/655/01-EN final: Budgetary challenges posed by aging populations*).

IV
INDICADORES RELACIONADOS CON EL GASTO

IV.1. ATENCIÓN PRIMARIA

INDICADORES DE GASTO SANITARIO Y RECURSOS Y ACTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

IV.1.1. Introducción

La selección de los indicadores relacionados con el gasto en atención primaria se ha basado en que, de acuerdo con la evidencia disponible, el gasto en atención primaria viene determinado, fundamentalmente, por la población protegida y su dispersión geográfica. Por otra parte, es también un hecho aceptado que es el médico de atención primaria el principal recurso sobre el que gira el gasto sanitario, en tanto que motor de la actividad.

Por lo que se refiere a las medidas de actividad, que en la propuesta inicial de indicadores se habían basado en las consultas, éstas han quedado descartadas por los problemas de interpretación que, a juicio de algunos miembros del grupo, tienen asociados los indicadores correspondientes, junto con la falta de referentes estándar.

Por tanto, y tras las discusiones mantenidas en el seno del grupo de trabajo en relación con los indicadores que se utilizarían, los indicadores sobre gasto en atención primaria se basarán en las variables de **población protegida, dispersión geográfica y médicos de atención primaria.**

El gasto en atención primaria se define de acuerdo con la metodología de la Estadística de Gasto Sanitario Público que elabora el Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuérdese que no incluye el gasto en recetas médicas, que se analiza de forma diferenciada. La población protegida ha sido ya objeto de análisis en otro capítulo del informe y no volveremos sobre ella. Por lo que se refiere a los indicadores de dispersión geográfica, se han barajado varios: número de municipios, número de entidades singulares, número de entidades singulares con menos de 20.000 o 10.000 o 5.000 habitantes, o población que vive en dichas entidades singulares. Todas ellas son objeto de análisis a partir de los datos del nomenclador de entidades de población que elabora el INE. Finalmente, en relación con los médicos, la información disponible ha sido proporcionada por las Comunidades Autónomas.

IV.1.2. Gasto en atención primaria y población protegida

La población protegida explica en una alta proporción la variabilidad observada entre comunidades en el gasto en atención primaria, un 95,7%, a la vez que se detecta una marcada relación lineal entre ambas (coeficiente de correlación lineal 0,978). Si se corrige la población por su estructura de edades se obtienen correlaciones algo más elevadas.

Correlaciones de Pearson (ρ)

	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2
GAP	0,978252	0,981508	0,981668	0,981443

GAP: gasto en atención primaria.

POBPROT: población protegida.

POBEQ7: población equivalente-7 grupos de edad.

POBEQ3: población equivalente-3 grupos de edad.

POBEQ2: población equivalente-2 grupos de edad.

Considerando el patrón de comportamiento establecido por los datos de las Comunidades Autónomas, vemos que existen dos observaciones que presentan desviaciones con respecto a su gasto esperado significativamente mayores que las demás: corresponden al gasto en atención primaria de las comunidades autónomas de Cataluña y Madrid, en la primera por encima del valor esperado por su volumen de población y, en la segunda, por debajo.

Del análisis para todas las comunidades de estas distancias, entre los valores observados del gasto en atención primaria y los valores esperados según el patrón de comportamiento antes citado, se detecta con, carácter general, que la variabilidad del gasto en atención primaria se incrementa a medida que aumenta el volumen de población.

Las comunidades que presentan un gasto en atención primaria por encima del valor esperado son Cataluña, Castilla y León, Extremadura, Andalucía, País Vasco, Navarra y Aragón. Por debajo se sitúan Madrid, Galicia, Comunidad Valenciana y Canarias. Baleares, Murcia, Castilla-La Mancha, Cantabria, Asturias, La Rioja y Ceuta y Melilla se encuentran prácticamente en la media.

Al corregir por la estructura de edades de la población, el ajuste lineal se mejora y las distancias a los valores esperados, en general, se acortan. Cataluña y Madrid siguen registrando las más altas.

Cataluña sigue teniendo la mayor diferencia respecto del valor esperado en función de su volumen de población equivalente, siendo esta algo menor. Cas-

tilla y León reduce su distancia positiva a la media para situarse muy cerca de ella. Andalucía y Navarra por el contrario la incrementan. Extremadura, País Vasco, Aragón, La Rioja y Cantabria se mantienen prácticamente igual. Canarias y Murcia pasan de situarse por debajo de su valor esperado a estar en la media. Asturias y Castilla-La Mancha incrementa su distancia a la media situándose aún más abajo de su valor esperado. Baleares acorta su distancia a la media a la vez que se mantiene por debajo. Comunidad Valenciana, Galicia y Madrid se mantienen prácticamente igual (por debajo de la media), viendo reducidas sus distancias.

Por lo que se refiere a los grupos de población sobre los que se conjetura tienen un mayor consumo de recursos: menores de cuatro años, y mayores de 65 o 75 años, los datos ponen de manifiesto un alto grado de relación lineal entre el gasto en atención primaria y el volumen de población de estos colectivos, al igual que ocurre con el conjunto de la población.

IV.1.3. Relación entre gasto en atención primaria y dispersión

Por lo que se refiere a la dispersión, el gasto en atención primaria, en una primera aproximación considerando todas las comunidades, no muestra relación lineal alguna con ninguna de las variables de dispersión.

Correlación de Pearson

	NUMUNI	ENTISIN	ENTISIN20	ENTISIN10	ENTISIN5	MENOR20	MENOR10	MENOR5
GAP	0,441839	0,106829	0,104124	0,101526	0,097710	-0,045699	-0,191032	-0,221651

GAP: gasto en atención primaria.

NUMUNI: número de municipios.

ENTISIN: número de entidades singulares.

ENTISIN20: número de entidades singulares con menos de 20.000 habitantes.

ENTISIN10: número de entidades singulares con menos de 10.000 habitantes.

ENTISIN5: número de entidades singulares con menos de 5.000 habitantes.

MENOR20: proporción de población en entidades singulares con menos de 20.000 habitantes.

MENOR10: proporción de población en entidades singulares con menos de 10.000 habitantes.

MENOR5: proporción de población en entidades singulares con menos de 5.000 habitantes.

No obstante, de la observación detenida de los datos se desprende que hay tres comunidades que presentan un número muy elevado de entidades singulares comparadas con el resto y que rompen el patrón de la relación entre gasto en atención primaria y dispersión que sí tienen las restantes, cuando se define la dispersión en número de municipios, entidades singulares o entidades singulares con menos de veinte mil, diez mil o cinco mil habitantes.

Separando del ajuste dichas comunidades, los coeficientes de correlación cambian por completo, salvo cuando la dispersión se mide en proporción de la población que habita en entidades singulares de menos de veinte mil, diez mil o cinco mil habitantes, en cuyo caso sigue sin detectarse relación alguna, ni lineal ni de otro tipo.

Correlaciones de Pearson sin observaciones extremas

	NUMUNI	ENTISIN	ENTISIN20	ENTISIN10	ENTISIN5
GAP	0,673615	0,861186	0,855056	0,849711	0,840472

GAP: gasto en atención primaria

NUMUNI: número de municipios

ENTISIN: número de entidades singulares

ENTISIN20: número de entidades singulares con menos de 20.000 habitantes

ENTISIN10: número de entidades singulares con menos de 10.000 habitantes

ENTISIN5: número de entidades singulares con menos de 5.000 habitantes

Se observa que el indicador de dispersión que explica un porcentaje mayor de la variabilidad del gasto en atención primaria entre comunidades autónomas es el número de entidades singulares, seguido del número de entidades singulares con menos de 20.000 habitantes. El número de municipios explica menos del 50% de la variabilidad.

A la luz de estos resultados, es preciso poner de manifiesto que la utilización de datos agregados de gasto en atención primaria para toda la comunidad parece estar enmascarando la relación entre esta variable y la dispersión geográfica. Así, cabe señalar que sería preciso abordar este análisis con un mayor nivel de desagregación. Como ejemplo, se aporta la información proporcionada por la Comunidad Autónoma de Castilla y León que ilustra esta situación (véase anexo III). Además, cabe también plantearse la conveniencia de medir la dispersión con indicadores alternativos al número de entidades singulares como, por ejemplo, algún indicador de distancia media entre municipios o de densidad de habitantes por kilómetro cuadrado.

IV.1.4. Gasto por persona en atención primaria y volumen de población

No se detecta relación entre el gasto por persona en atención primaria y el volumen de población, sea total o de los grupos de edades de menores de 4 años y mayores de 65 o 75.

IV.1.5. Gasto por persona en atención primaria y dispersión

Por lo que se refiere al gasto por persona en atención primaria, éste no muestra relación alguna con ninguna de las variables de población o dispersión, con la excepción del porcentaje de población que habita en entidades singulares de menos de 20.000, en cuyo caso es débil ($\rho = -0,529269$).

Correlaciones de Pearson

	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2
GAPERCAP	-0,322439	-0,322267	-0,321801	-0,322253

GAPERCAP: gasto por persona protegida en atención primaria

POBPROT: población protegida

POBEQ7: población equivalente-7 grupos de edad

POBEQ3: población equivalente-3 grupos de edad

POBEQ2: población equivalente-2 grupos de edad

Correlación de Pearson

	NUMUNI	ENTISIN	MENOS20	MENOS10	MENOS5	MENOS20	MENOS10	MENOS5
GAPERCAP	-0,049998	-0,229481	-0,228785	-0,228042	-0,226888	-0,529269	-0,455925	-0,388990

NUMUNI: Número de municipios en la comunidad autónoma

ENTISIN: número de entidades singulares

ENTISIN20: número de población en entidades singulares con menos de 20.000 habitantes

ENTISIN10: número de población en entidades singulares con menos de 10.000 habitantes

ENTISIN5: número de población en entidades singulares con menos de 5.000 habitantes

MENOS20: porcentaje de población que habita en entidades singulares con menos de 20.000 habitantes

MENOS10: porcentaje de población que habita en entidades singulares con menos de 10.000 habitantes

MENOS5: porcentaje de población que habita en entidades singulares con menos de 5.000 habitantes

IV.1.6. Gasto y médicos en atención primaria

El número de médicos de atención primaria en las Comunidades Autónomas presenta un alto grado de relación lineal con el gasto en atención primaria: tiene un coeficiente de correlación de 0,89. No obstante, en el caso de esta variable hay que tener en cuenta que no se dispone del dato de médicos para dos comunidades por lo que este valor no es poblacional y tampoco puede considerarse una estimación basada en una muestra. Refleja la asociación entre las variables consideradas para diecisiete comunidades. La recta ajustada permite explicar un 79% de la variabilidad del gasto en atención primaria.

Gasto y médicos en atención primaria

No se detecta relación entre el gasto por persona y el número de médicos en atención primaria.

Evolución 1999-2003 del gasto en atención primaria con relación a la población y el número de médicos

El número de médicos de familia en equipos de atención primaria por 100.000 habitantes se sitúa muy por encima de la media en Castilla y León y Castilla-La Mancha. Murcia, Cataluña y Cantabria presentan los ratios más bajos. No obstante, esta ratio ha de analizarse en relación con indicadores de dispersión.

Las Comunidades Autónomas en las que tanto la población como el gasto en atención primaria crecen por encima de la media del SNS son Baleares, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana, Murcia, La Rioja y Melilla.

Las Comunidades Autónomas en las que la población crece por encima de la media mientras el gasto en atención primaria crece por debajo son Madrid y Navarra.

Las Comunidades Autónomas en las que la población crece por debajo de la media mientras el gasto en atención primaria crece por encima son Andalucía, Aragón, Cantabria, Extremadura y Ceuta.

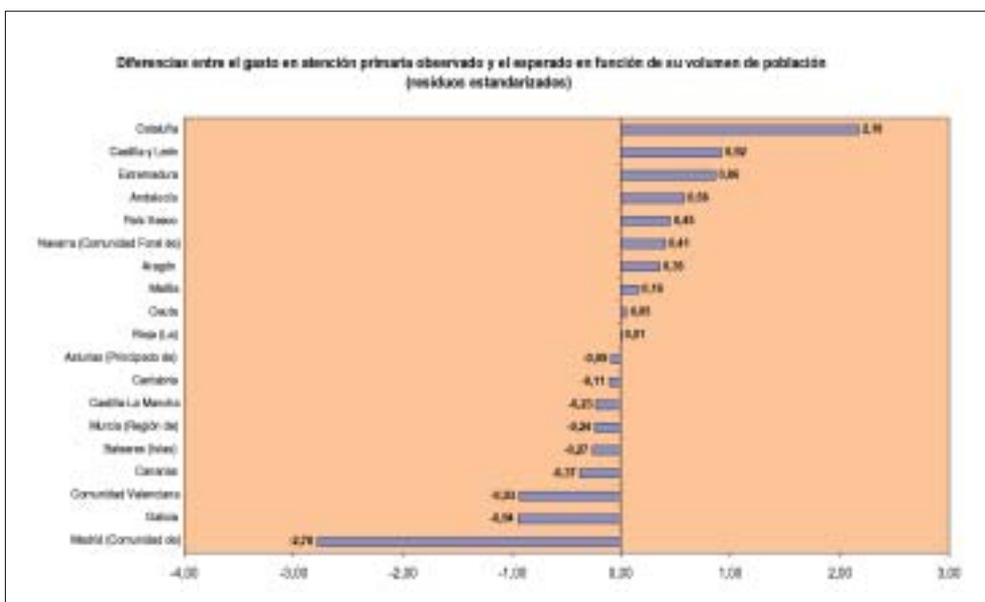
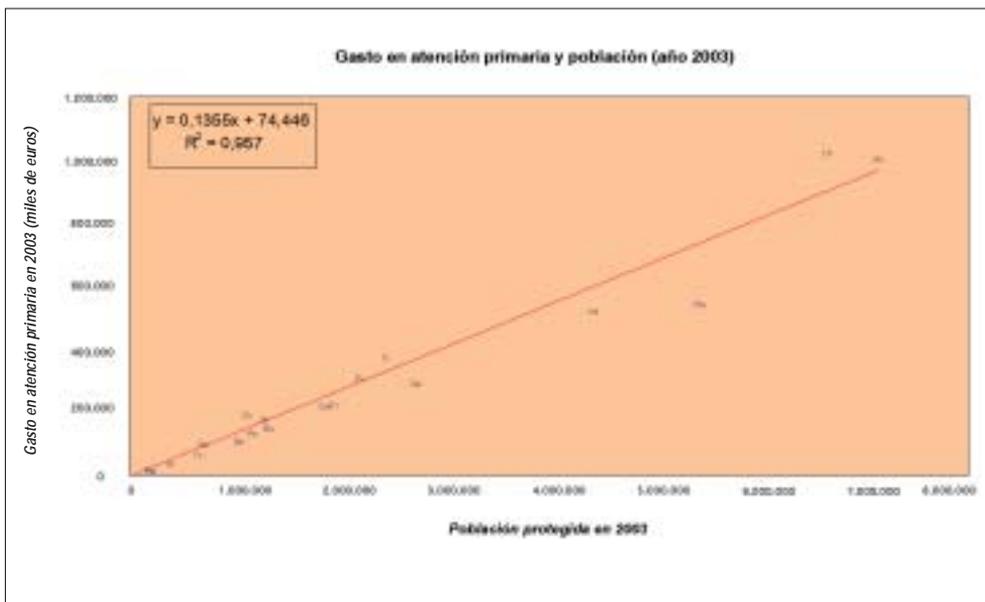
Las Comunidades Autónomas en las que tanto la población como el gasto en atención primaria crece por debajo de la media son Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia y País Vasco.

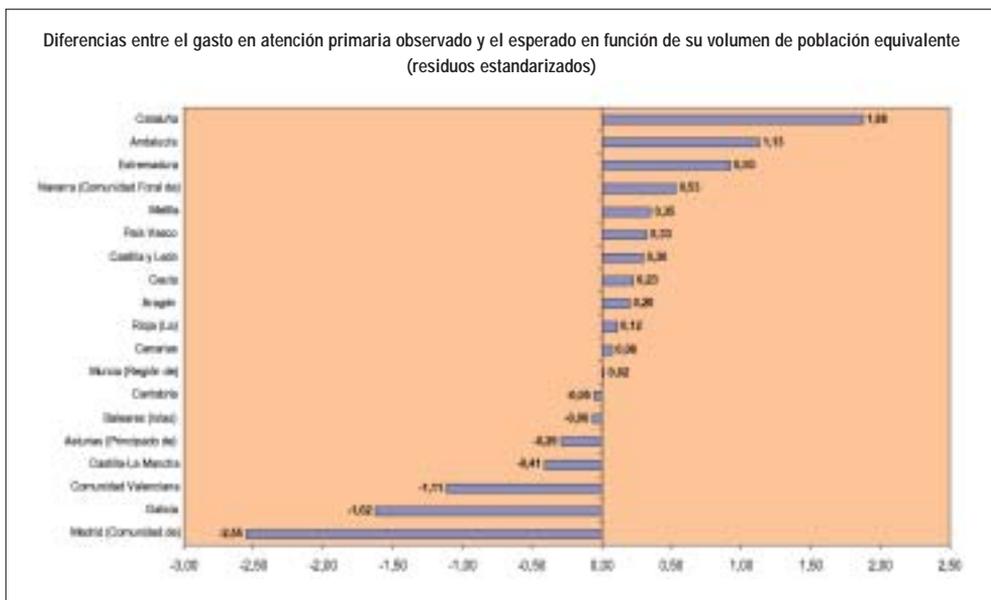
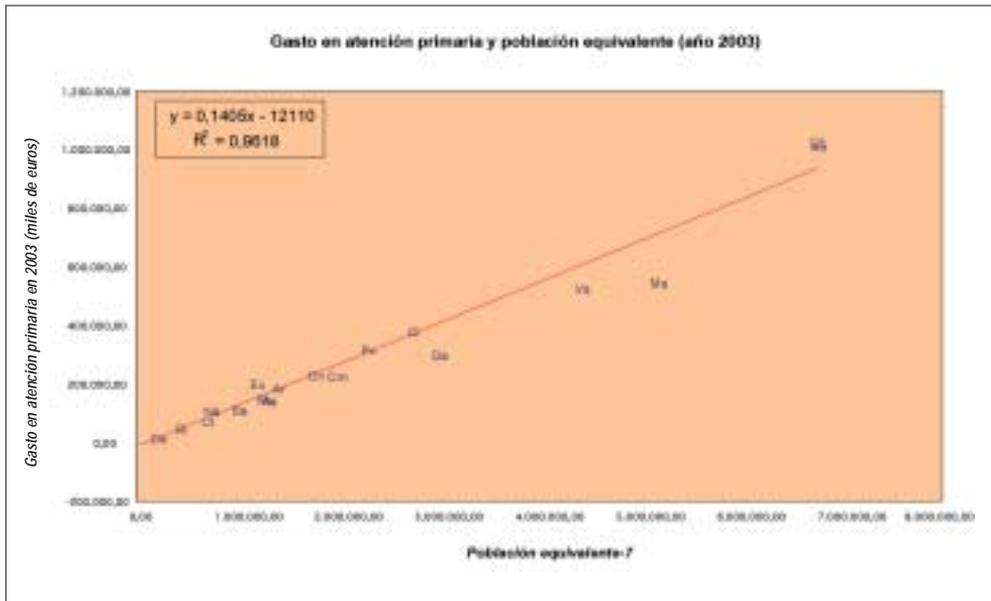
Por lo que se refiere al número de médicos, las Comunidades Autónomas en las que tanto la población como número de médicos crecen por encima de la media del SNS son Andalucía, Baleares, Canarias y Comunidad Valenciana.

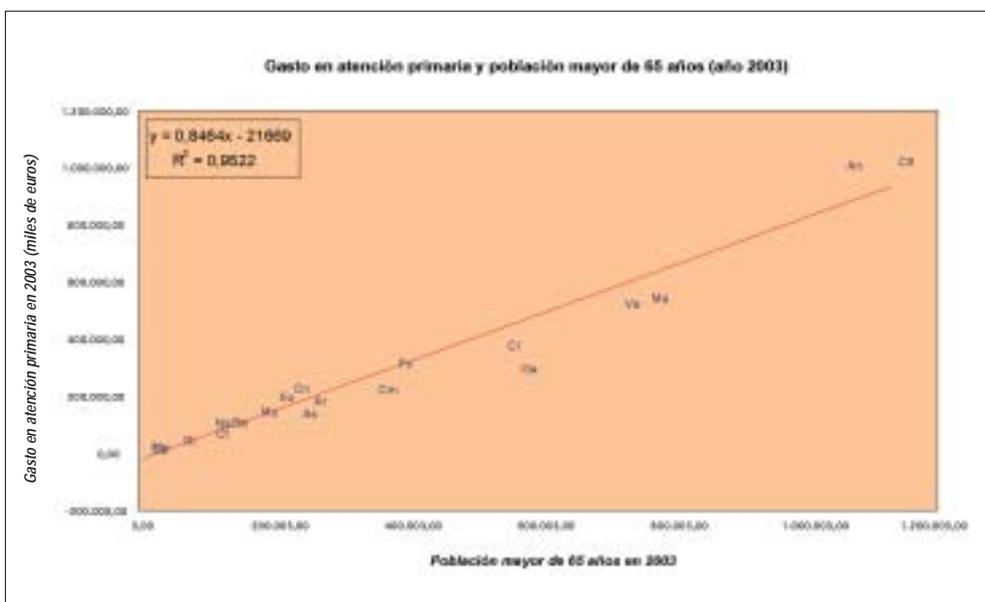
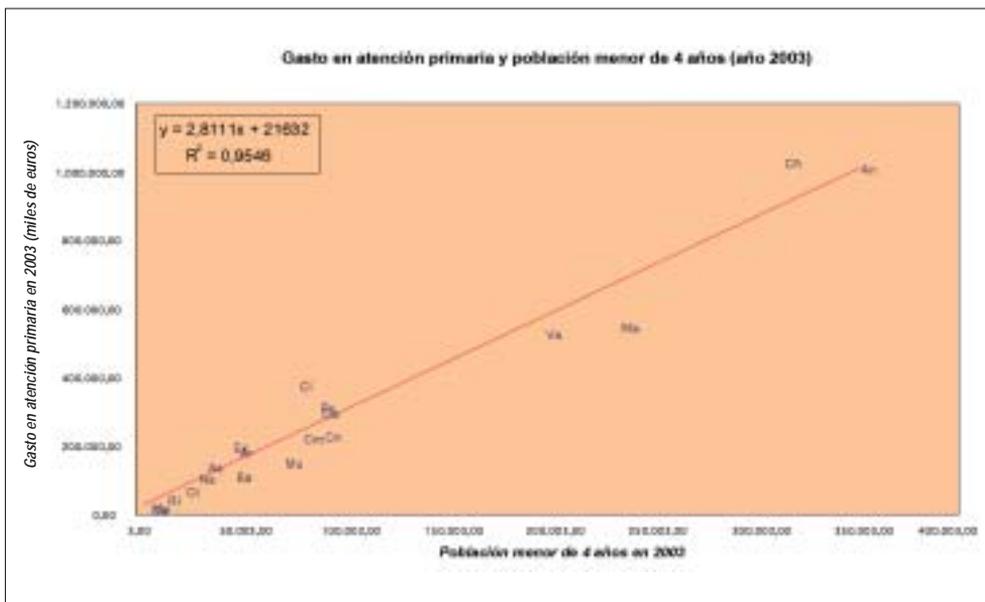
Las Comunidades Autónomas en las que el número de médicos crece por encima de la media mientras el gasto en atención primaria crece por debajo son Castilla y León y Castilla-La Mancha y Madrid (esta última se sitúa en la media del crecimiento del número de médicos).

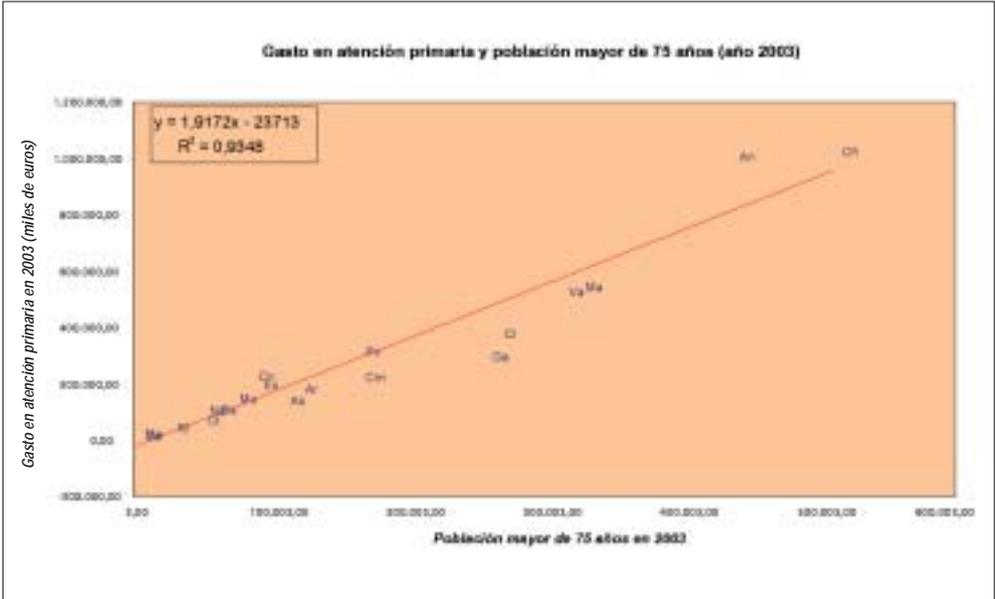
Las Comunidades Autónomas en las que el número de médicos crece por debajo de la media mientras el gasto en atención primaria crece por encima son Aragón, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Murcia, Ceuta y Melilla.

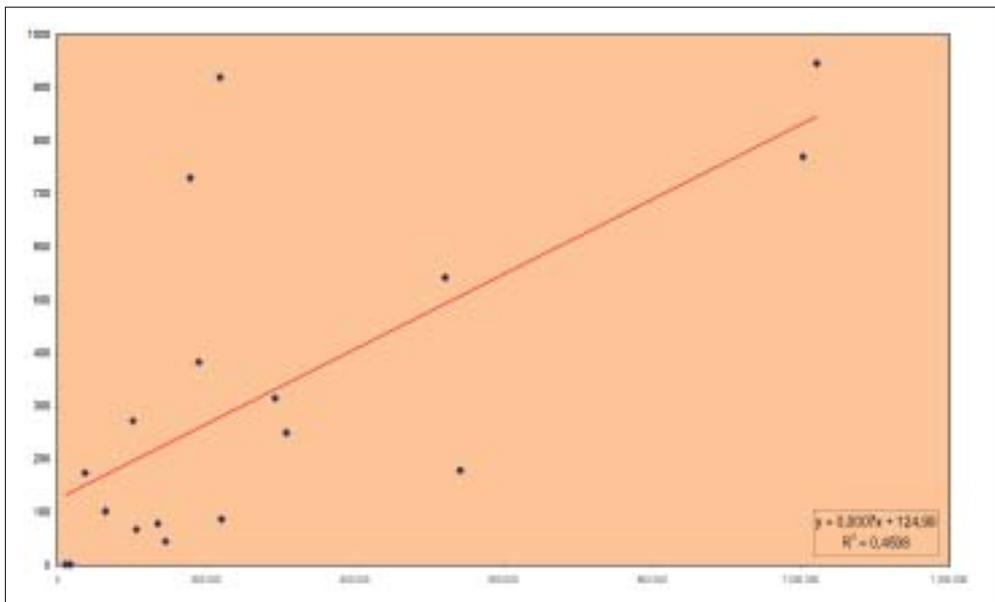
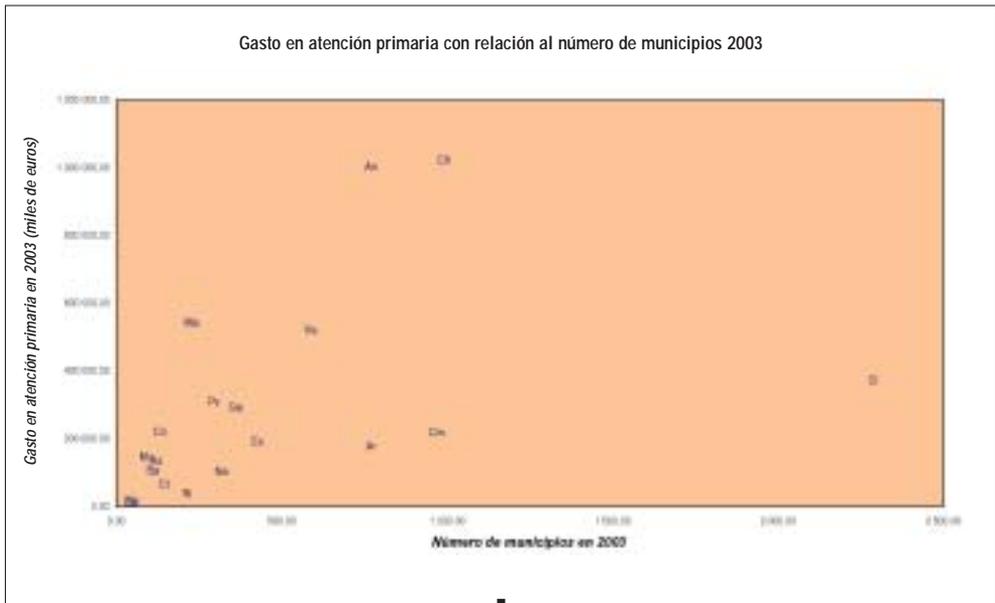
En Asturias tanto el número de médicos como el gasto en atención primaria crece por debajo de la media.

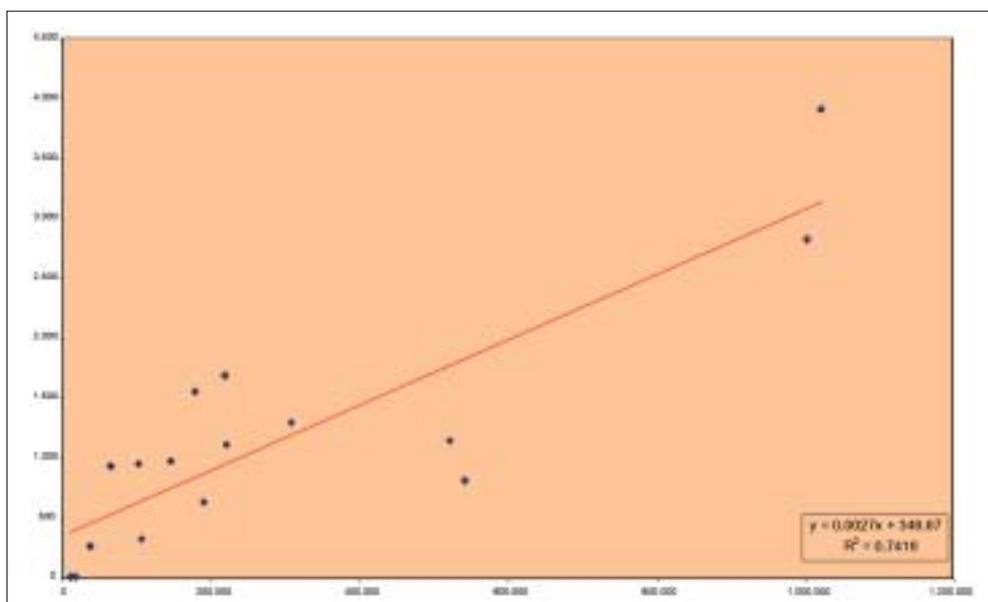
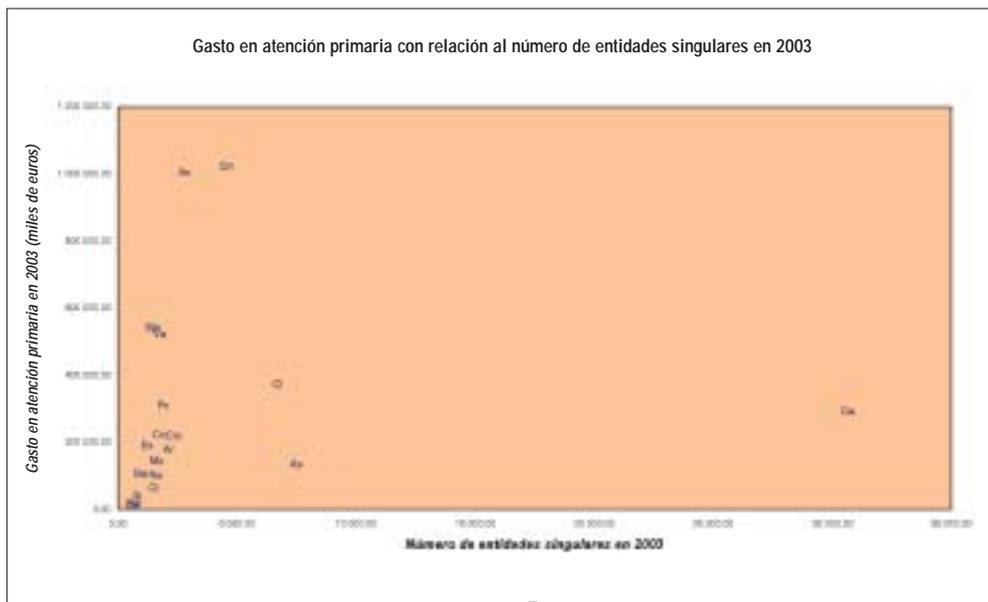


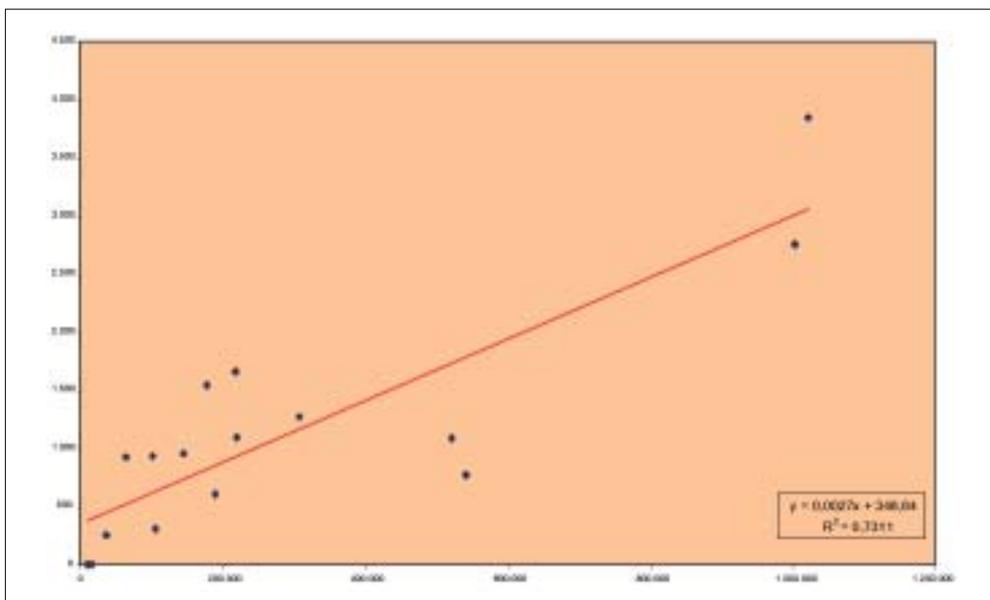
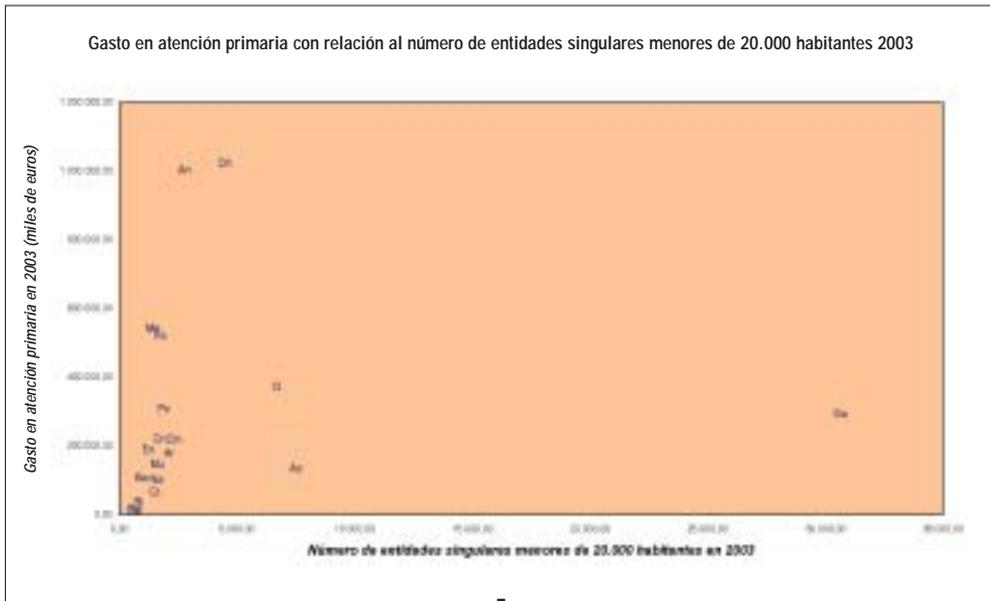


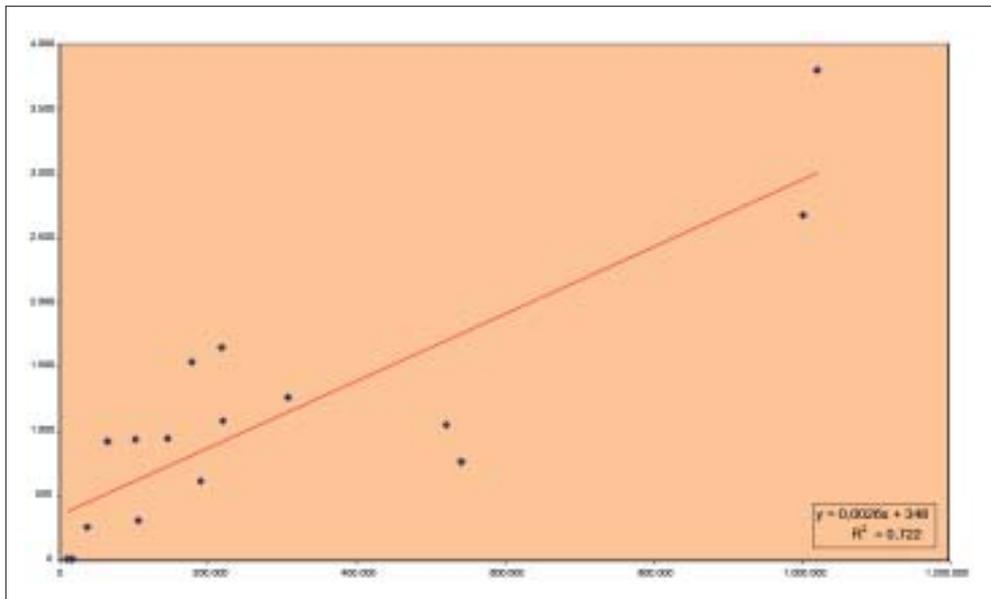
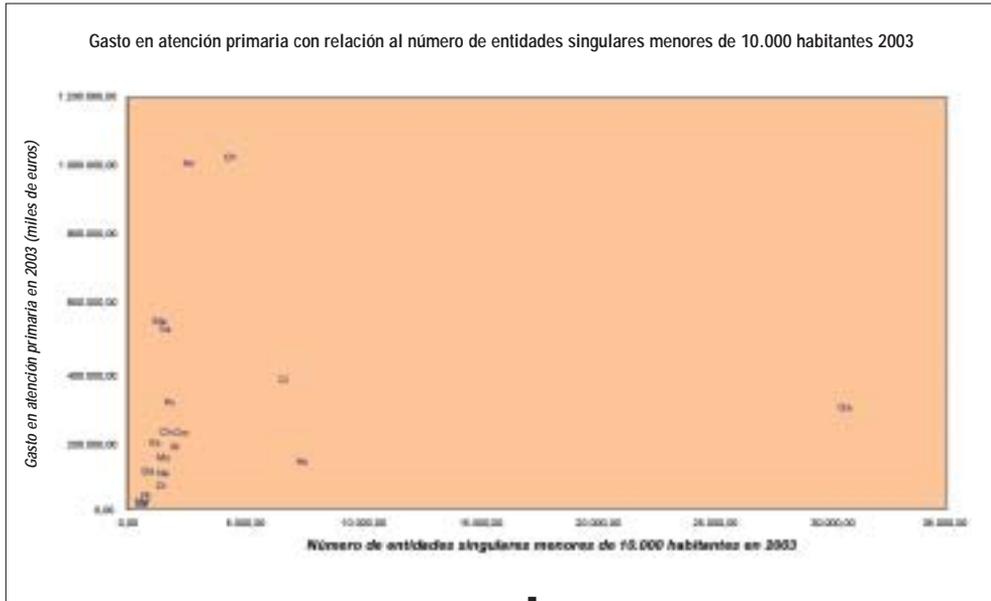


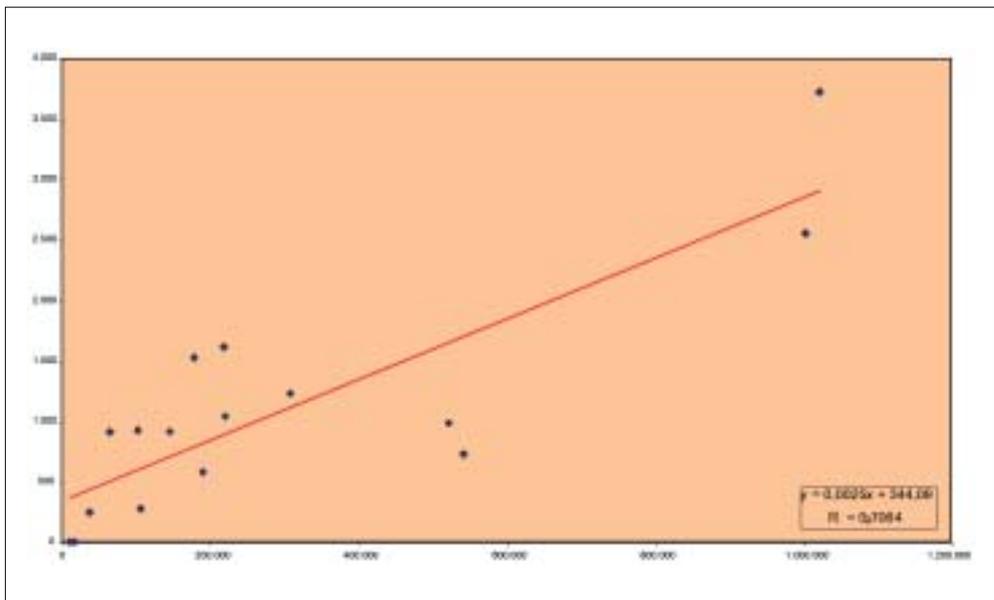
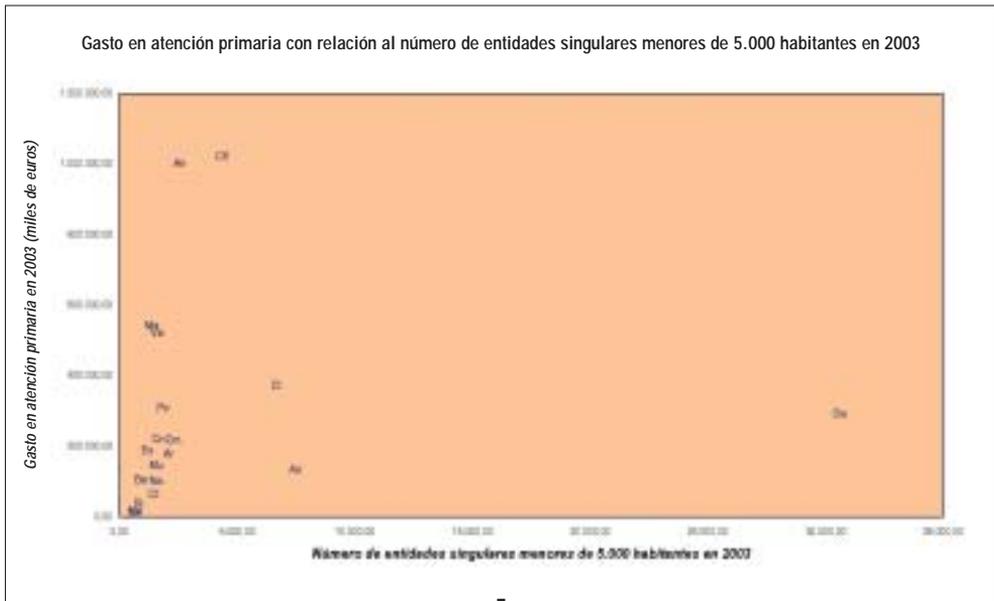


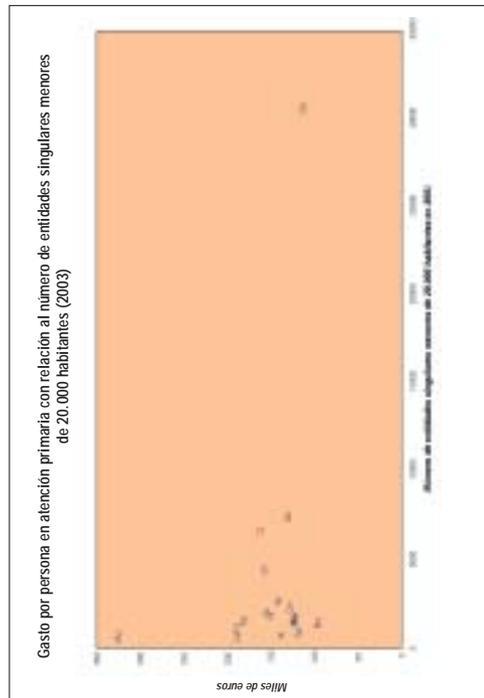
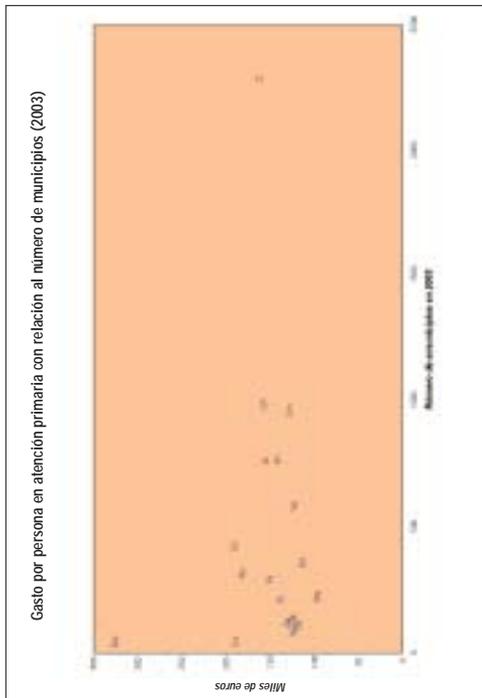
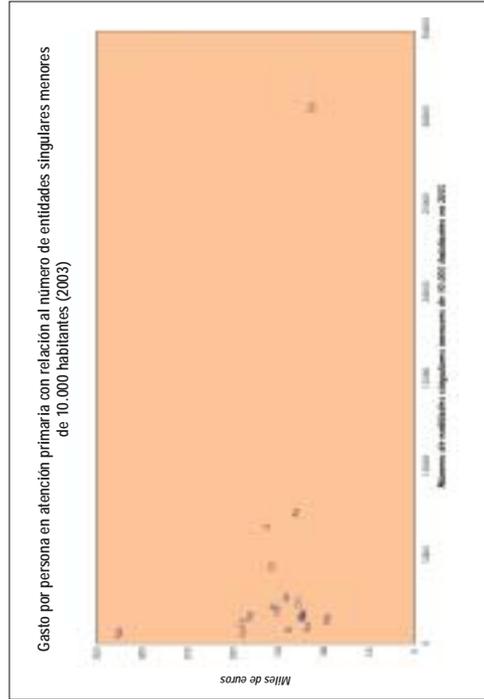
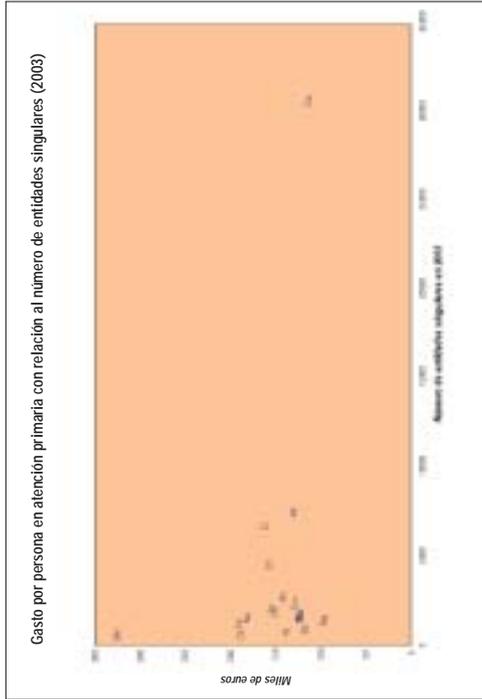


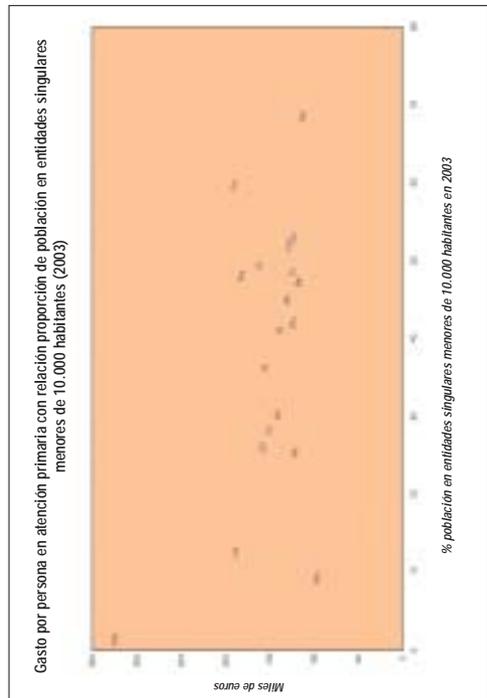
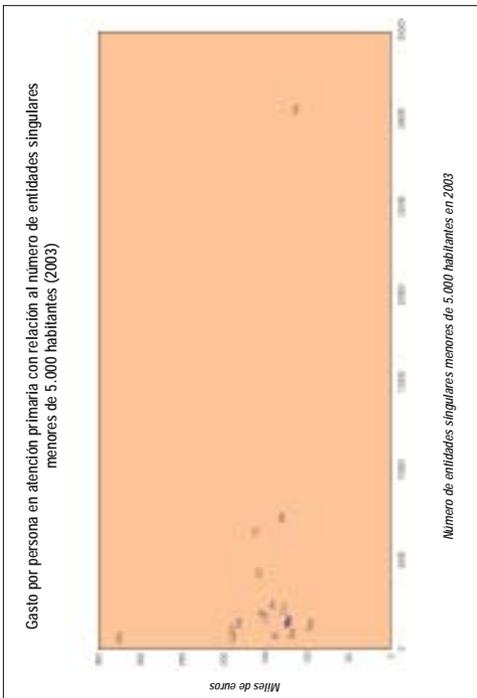
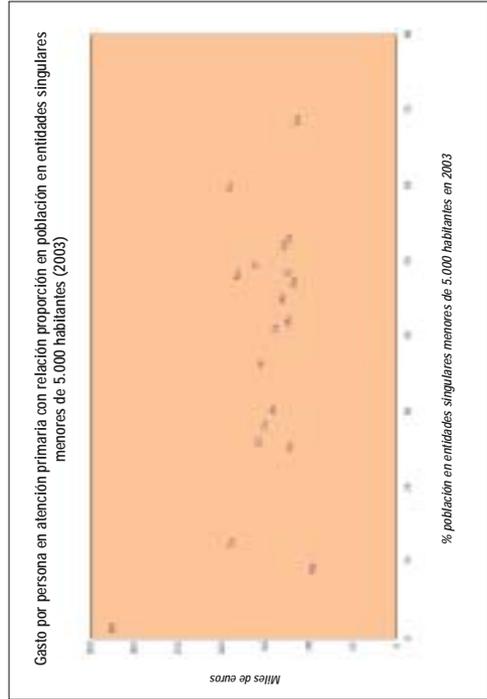
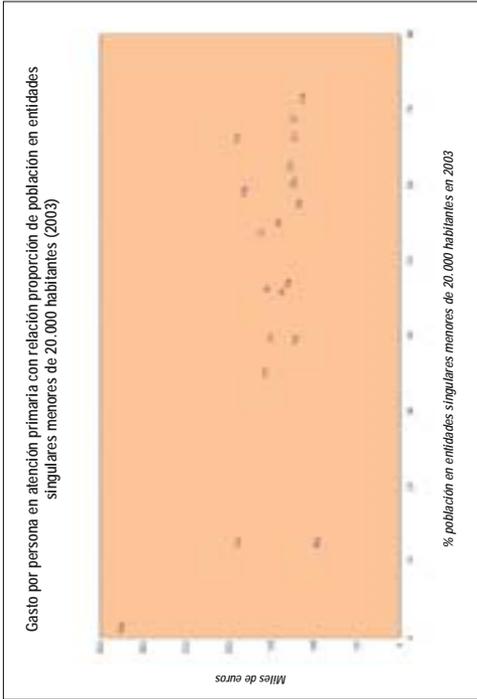


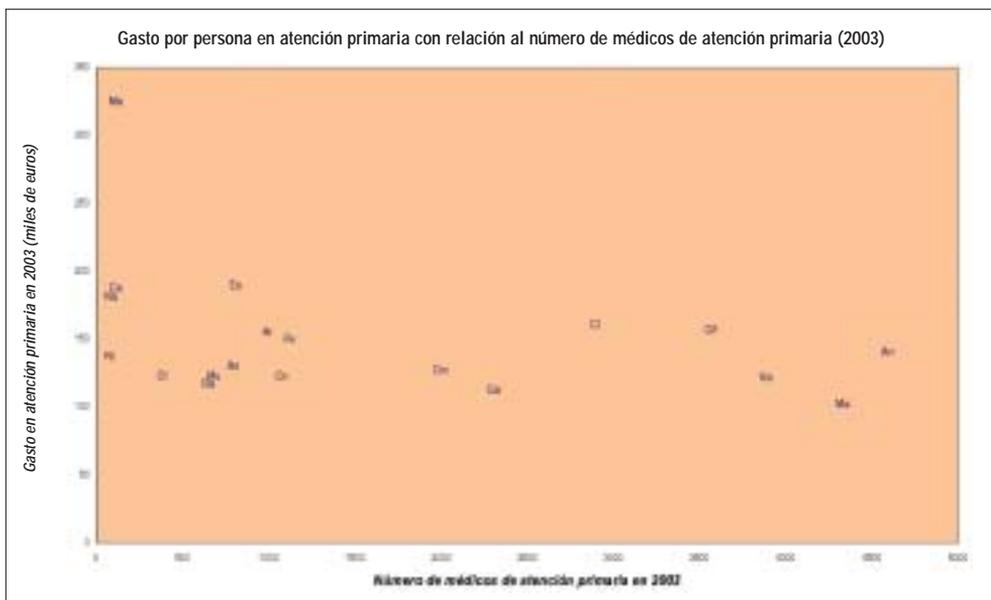
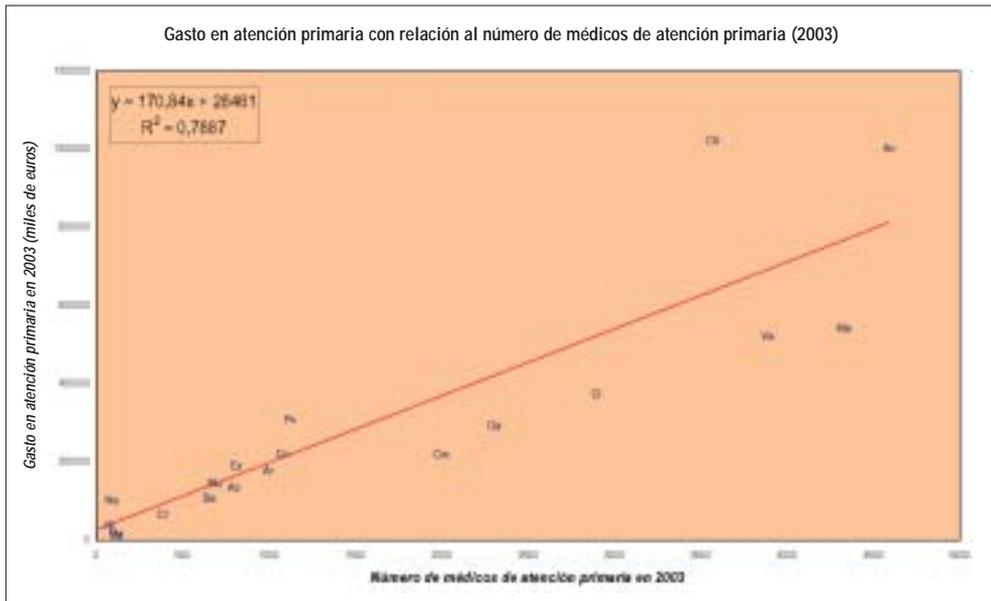


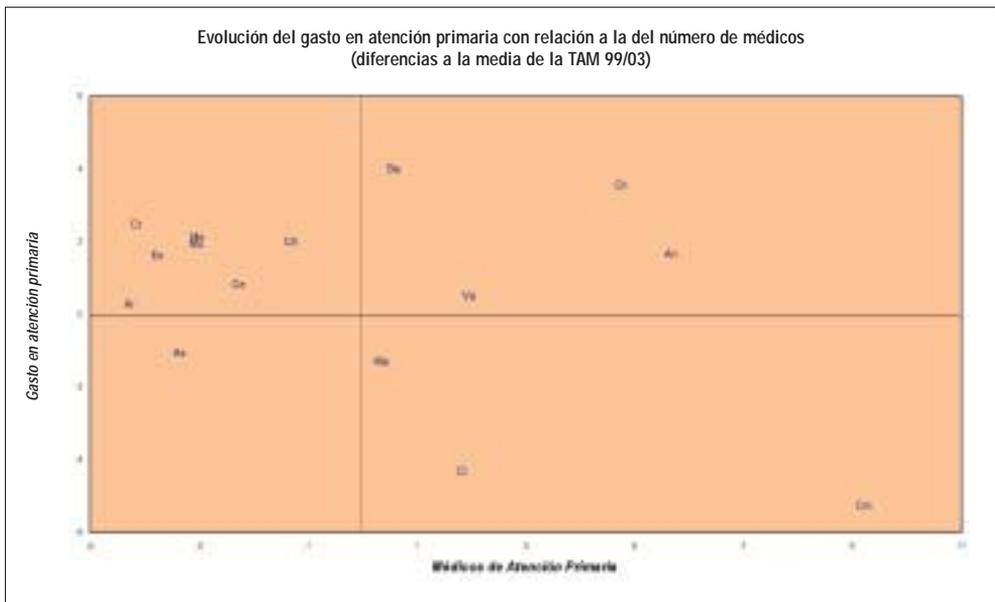
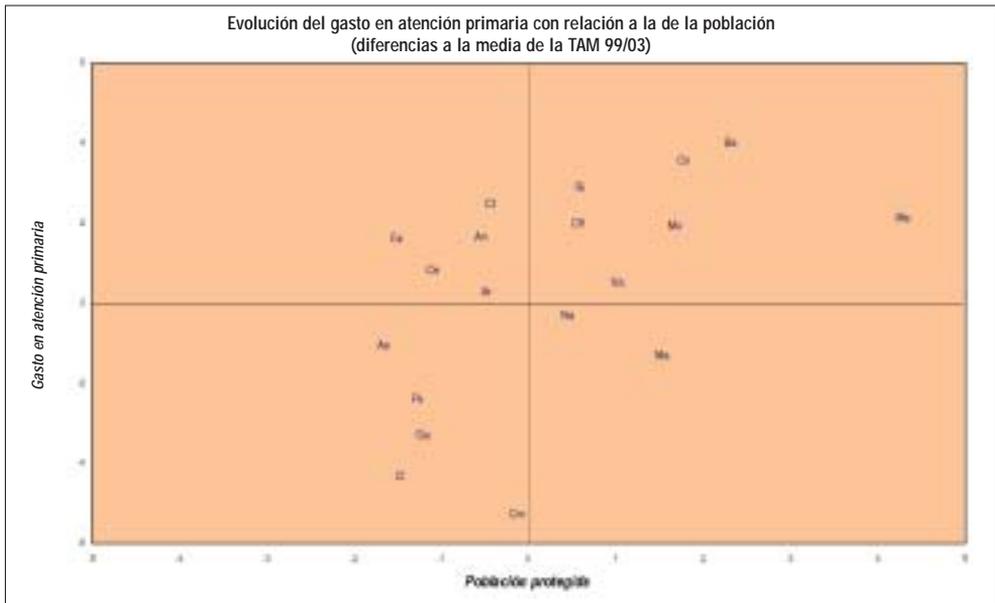












CCAA	AÑO	GASTOAP M€	GASTOAP PERCAP €	POBPROT	POBEQ7	POBEQ3	POBEQ2	POB-4	POB +65	POB +75
Andalucía	2003	1.002.781	141	7127957	6.766.679	6.867.856	6.850.113	356.036	1.073.845	447.467
Aragón	2003	178.603	155	1152409	1.260.706	1.239.865	1.239.623	46.144	250.172	119.268
Asturias (Principado de)	2003	135.128	130	1039473	1.155.020	1.125.918	1.129.390	30.674	232.173	108.218
Baleares (Islas)	2003	106.567	117	909616	856.564	859.050	857.247	44.600	127.237	57.485
Canarias	2003	220.754	122	1803383	1.612.961	1.645.849	1.642.972	88.070	219.471	84.776
Cantabria	2003	64.685	123	526783	552.549	545.365	545.759	20.250	102.253	47.935
Castilla y León	2003	372.088	161	2316723	2.603.574	2.554.342	2.559.167	75.523	541.814	264.552
Castilla-La Mancha	2003	218.711	127	1720935	1.801.648	1.809.596	1.806.707	77.484	347.826	162.925
Cataluña	2003	1.021.478	157	6522999	6.587.741	6.533.509	6.519.818	311.161	1.128.183	511.285
Comunidad Valenciana	2003	521.366	122	4283038	4.260.049	4.246.484	4.241.042	195.264	717.649	311.681
Extremadura	2003	190.193	190	1002666	1.040.747	1.047.448	1.046.446	43.365	199.065	88.783
Galicia	2003	292.724	113	2598943	2.838.427	2.784.341	2.790.047	86.238	560.959	255.929
Madrid (Comunidad de)	2003	541.876	102	5295677	5.005.576	5.020.172	5.019.059	231.828	757.136	323.620
Murcia (Región de)	2003	145.926	123	1187034	1.104.915	1.130.469	1.124.461	68.554	169.384	71.588
Navarra (Comunidad Foral de)	2003	101.899	181	562126	576.707	569.900	568.779	26.442	101.236	48.836
País Vasco	2003	308.023	149	2061361	2.135.073	2.094.917	2.094.697	85.511	376.419	162.991
Rioja (La)	2003	37.529	137	273645	288.682	285.285	285.237	11.195	54.122	25.802
Ceuta	2003	11.113	188	59184	51.505	53.517	53.035	4.033	6.690	2.456
Melilla	2003	17.475	325	53799	46609	48837	48274	4022	6119	2418
correlaciones con gasto				0,978252	0,981508	0,981688	0,981443	0,977038	0,975796	0,966853
correlaciones con gasto por persona				-0,322439	-0,322267	-0,321801	-0,322253	-0,291968	-0,3117261	-0,312466

	% POB -4	% POB +65	% POB +75	Nº MUNICI PIOS	Nº ENT SING	Nº ENT SING <20.000	Nº ENT SING <10.000	Nº ENT SING <5.000	% POB ES <20.000	% POB ES <10.000	% POB ES <5.000	Médicos AP
Andalucía	5	15	6	770	2814	2753	2673	2554	55	30	20	4592
Aragón	4	22	10	730	1547	1543	1534	1526	45	35	30	919
Asturias (Principado de)	3	22	10	78	6898	6892	6890	6880	46	44	37	713
Baleares (Islas)	5	14	6	67	321	309	302	277	56	46	28	567
Canarias	5	12	5	87	1106	1095	1077	1040	65	52	38	992
Cantabria	4	19	9	102	929	927	918	912	68	47	39	304
Castilla y León	3	23	11	2248	6149	6132	6125	6105	52	48	43	2819
Castilla-La Mancha	5	20	9	919	1681	1662	1647	1616	61	51	39	1906
Cataluña	5	17	8	946	3902	3841	3797	3727	34	25	18	3482
Comunidad Valenciana	5	17	7	542	1138	1090	1046	986	38	24	15	3802
Extremadura	4	20	9	383	627	612	607	580	65	58	42	727
Galicia	3	22	10	315	30000	29983	29977	29952	70	67	60	2216
Madrid (Comunidad de)	4	14	6	179	808	774	760	731	11	8	5	4240
Murcia (Región de)	6	14	6	45	968	957	939	915	59	41	28	594
Navarra (Comunidad Foral de)	5	18	9	272	945	937	932	925	58	47	38	1038
País Vasco	4	18	8	250	1293	1275	1257	1231	39	27	18	1038
Rioja (La)	4	20	9	174	257	255	254	249	45	40	27	28
Ceuta	7	11	4	1	3	2	2	2	11	11	11	28
Melilla	7	11	4	1	3	2	2	2	0	0	0	25
correlaciones con gasto	-0,132414	-0,011308	-0,036591	0,441839	0,106829	0,104124	0,101526	0,097710	-0,045699	-0,191032	-0,221651	0,888111
correlaciones con gasto	0,635557	-0,285433	-0,274656	-0,049998	-0,229481	-0,228785	-0,228042	-0,226888	-0,529269	-0,455925	-0,388990	-0,359390

TAM 99/03 (porcentaje)

	GASTOAP M€	POBPROT	NÚMERO DE MÉDICOS
Total	8,40	1,62	5,74
Andalucía	10,05	1,07	11,07
Aragón	8,68	0,99	0,89
Asturias (Principado de)	7,33	-0,20	1,80
Baleares (Islas)	12,40	3,76	5,71
Canarias	11,95	3,23	9,90
Cantabria	10,87	1,03	1,01
Castilla y León	4,07	0,00	7,00
Castilla-La Mancha	3,14	1,30	14,32
Cataluña	10,38	2,02	3,83
Comunidad Valenciana	8,91	2,47	7,11
Extremadura	10,01	-0,05	1,39
Galicia	5,10	0,24	-1,08
Madrid (Comunidad de)	7,10	2,98	5,48
Murcia (Región de)	10,33	3,12	2,08
Navarra (Comunidad Foral de)	8,10	1,90	
País Vasco	6,00	0,19	0,96
Rioja (La)	11,28	2,06	
Ceuta	9,22	0,35	2,87
Melilla	10,52	5,73	2,11

La TAM 99/03 del número de médicos se ha calculado teniendo en cuenta la falta de respuesta para que la comparación sea homogénea.

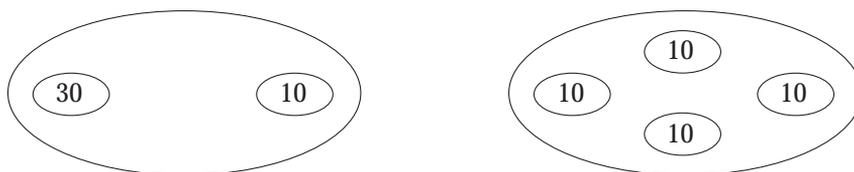
ANEXO III
INFORME APORTADO POR CASTILLA Y LEÓN
SOBRE GASTO Y DISPERSIÓN

Dispersión

La equidad en el acceso a los servicios es uno de los principios rectores de toda la ordenación del Sistema Nacional de Salud. En consecuencia, mejorar la accesibilidad geográfica a los servicios sanitarios está siendo uno de los principales objetivos de la gestión de las CCAA. Ello no sólo implica crear nuevos servicios en los nuevos núcleos de población, si no acercar la asistencia a núcleos de población dispersos y con frecuencia poco poblados, con el consiguiente encarecimiento del coste del servicio.

La dispersión forma parte de las variables distributivas para establecer la financiación de las competencias comunes de las CCAA, pero no se ha tenido en cuenta en la selección de las variables de distribución de la financiación sanitaria, probablemente debido a la escasez de estudios que relacionen el coste de los servicios sanitarios y la dispersión de la población.

La opción más simple para considerar la dispersión podría estar basada en la **densidad de población**, pero, en el siguiente gráfico, con dos ejemplos que tendrían la misma densidad, se puede ver que no se corresponde con el caso de Castilla y León, con muchos municipios y localidades, de pequeño número de habitantes.



En el caso concreto de la Atención Especializada, los resultados de la contabilidad analítica de los hospitales del extinto INSALUD (GECLIF. Gestión Clínico-financiera. Coste por proceso, 2001), ponen de manifiesto que los hospitales de menos de 200 camas tienen costes de producción significativamente más elevados que los hospitales de mayor tamaño

Con respecto a la Atención Primaria y el transporte sanitario, la evidencia de que la dispersión incrementa el coste de los servicios sanitarios procede de estudios realizados por la propia Comunidad de Castilla y León.

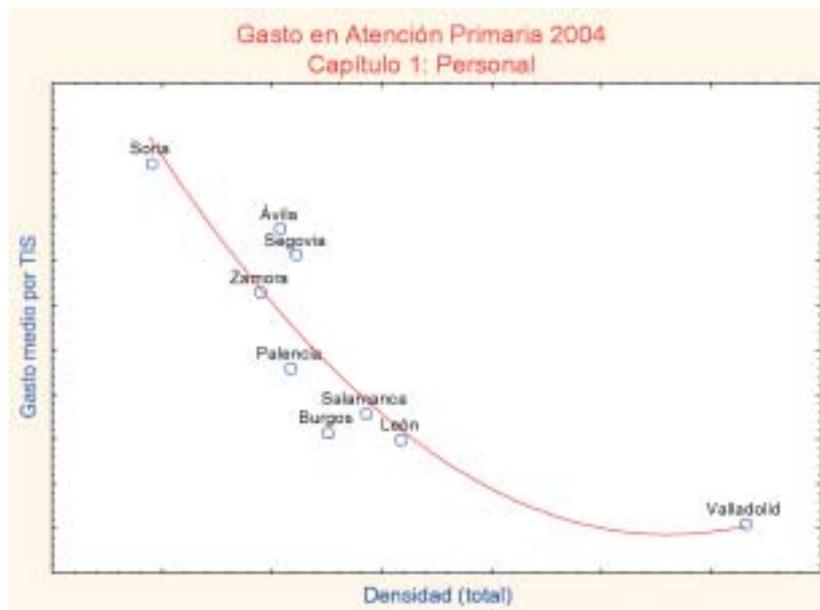
Castilla y León, la Comunidad más grande de Europa, tiene una densidad media de población de 26,47 habitantes por Km², frente a los 85 habitantes por Km² de media nacional. Junto a este problema de baja densidad, la atomización en miles de minúsculos núcleos urbanos (más de 5.670 entidades locales menores con población inferior a 500 habitantes) genera una gran dificultad para asegurar la accesibilidad a los servicios sanitarios.

Esta demostrada dispersión, tiene obviamente un coste (tabla 1 y gráfico 1). Así frente a un coste medio de gastos de personal de Atención Primaria por persona protegida de 138,78 € para el conjunto de la Comunidad de Castilla y León, en Soria, donde la densidad de población es de 5,4 hab/Km², el coste se eleva a 192,31 €, frente a Valladolid, que con una densidad de 23,32 habitantes por kilómetro cuadrado tiene un costo de 111,34 €. El coste relativo por persona protegida es un 72% más caro en Soria que en Valladolid.

Tabla 1. Gasto de personal en Atención Primaria y dispersión en Castilla y León

Provincia	Gasto en personal de AP	Población TIS	Gasto medio/TIS	Densidad total	Densidad sin capital
Ávila	27.433.367 €	154.485	177,58 €	20,63	14,12
Burgos	45.358.667 €	344.009	131,85 €	24,94	13,07
León	62.657.224 €	480.557	130,38 €	31,62	22,91
Palencia	24.471.778 €	167.248	146,32 €	21,61	11,52
Salamanca	45.658.288 €	335.278	136,18 €	28,42	15,43
Segovia	23.625.928 €	137.560	171,75 €	22,05	14,02
Soria	17.265.538 €	89.779	192,31 €	8,89	5,42
Valladolid	56.158.425 €	504.376	111,34 €	62,99	23,32
Zamora	30.169.752 €	184.678	163,36 €	18,80	12,58
Castilla y León	332.798.966 €	2.397.970	138,78 €	26,47	15,02

Gráfico 1. Relación entre el coste medio por TIS en personal de AP y la densidad de población en las provincias de Castilla y León



Un factor que contribuye a explicar el mayor coste de la Atención Primaria vinculado a la dispersión son los **desplazamientos del personal sanitario** en Atención Primaria en Castilla y León: el número de kilómetros que recorren los médicos desde el Centro de Salud de referencia hasta el Consultorio Local que corresponda, para prestar asistencia sanitaria programada y en jornada ordinaria, asciende a 9.828.364 kilómetros al año; lo que supone una dedicación de tiempo, sólo para desplazamiento, de 206.729 minutos a la semana, 10.749.908 minutos al año, esto es, 174.665 horas al año, o lo que es lo mismo, más de 100 médicos en Equivalente Jornada Completa.

Algo similar ocurre con el transporte sanitario, prestación en la que también la dispersión poblacional es un elemento que condiciona negativamente los costes del servicio. Así, con un coste medio por beneficiario 14,52€ anuales para el conjunto de Castilla y León, existen diferencias significativas de una provincias a otras, relacionadas con el grado de dispersión de la población (ver tabla 2 y gráfico 2). El coste relativo por persona protegida en 2.35 veces mayor en Soria que en Valladolid.

Tabla 2. Coste por beneficiario en transporte sanitario y densidad de población en las provincias de Castilla y León

Provincia	Gasto en personal de AP	Población TIS	Gasto medio/TIS	Densidad total	Densidad sin capital
Ávila	3.267.359 €	154.485	21,15 €	20,63	14,12
Burgos	5.083.412 €	344.009	14,78 €	24,94	13,07
León	6.307.262 €	480.557	13,12 €	31,62	22,91
Palencia	2.443.423 €	167.248	14,61 €	21,61	11,52
Salamanca	4.093.639 €	335.278	12,21 €	28,42	15,43
Segovia	2.459.181 €	137.560	17,88 €	22,05	14,02
Soria	2.217.157 €	89.779	24,70 €	8,89	5,42
Valladolid	5.305.883 €	504.376	10,52 €	62,99	23,32
Zamora	3.638.133 €	184.678	19,70 €	18,80	12,58
Castilla y León	34.815.449 €	2.397.970	14,52 €	26,47	15,02

Gráfico 2. Relación entre el coste medio por TIS en transporte sanitario y la densidad de población en las provincias de Castilla y León



Como resumen de los datos expuestos podemos concluir, que la mayor dispersión de la población, si se quiere garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios básicos, es un factor que supone un mayor coste en la prestación del servicio.

IV.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

INDICADORES DE GASTO SANITARIO Y RECURSOS Y ACTIVIDAD EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

IV.2.1. Introducción

En atención especializada los indicadores que se han seleccionado han tomado como referente el marco establecido por la clasificación internacional de las funciones de atención de la salud (ICHA-HC). De acuerdo con ella, se subdivide la atención de la salud en las siguientes categorías básicas, que responden a diferencias esenciales en la organización técnica y administrativa subyacente de dicha atención: atención hospitalaria, hospitalización de día, atención ambulatoria y atención domiciliaria.

Los servicios de hospitalización de día y atención domiciliaria, como, en general, la sustitución de tratamientos con internamiento por tratamientos ambulatorios, están adquiriendo importancia creciente y cumplen una función clave en una gestión más eficiente de los pacientes en los países de la OCDE. Por ello se ha tratado, en principio, de diferenciar indicadores relativos a los recursos y la actividad para las modalidades de atención con y sin internamiento.

En el caso de España, tradicionalmente, lo que se ha distinguido ha sido la atención primaria de salud de la atención especializada, seguramente por el mayor desarrollo que ha tenido en nuestro país la atención primaria de salud en comparación con el resto de países. De esta forma, los sistemas de información se han adaptado para permitir la distinción entre primaria y especializada.

No ocurre lo mismo, sin embargo, para las modalidades de producción antes citadas. Así, a pesar de haberse planteado la distinción del gasto en asistencia especializada con y sin internamiento, esta distinción se ha podido efectuar únicamente en las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha, Extremadura y Madrid, si bien el resto no ha podido proporcionar el gasto desglosado según este criterio. Este hecho imposibilita que se relacione el gasto con recursos y actividad que son propios de cada modo de producción.

Por lo que se refiere a indicadores de recursos y actividad, los planteados por el grupo de trabajo para medir la atención especializada sin internamiento han sido las **consultas externas** en hospitales y centros de especialidades y **Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)**.

Para la atención especializada con internamiento se han considerado las **camas**, las **altas**, las **estancias** y la **estancia media**. Además, en el caso particular

de la hospitalización de agudos, se analizan las **estancias medias ajustadas por casuística**.

Por su parte, los indicadores que se refieren a la atención especializada en general son las **intervenciones quirúrgicas**, la **alta tecnología** y las **urgencias**.

Las fuentes de información para obtener los datos han sido, en primer lugar, las Comunidades Autónomas, a las que se les han solicitado de acuerdo con las definiciones y metodología establecidas en la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI). En segundo lugar, la propia ESCRI y, finalmente, para las estancias ajustadas por casuística, el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria (CMBD) del Sistema Nacional de Salud. En ambos casos se trata de estadísticas del Plan Estadístico Nacional que elabora el Ministerio de Sanidad y Consumo.

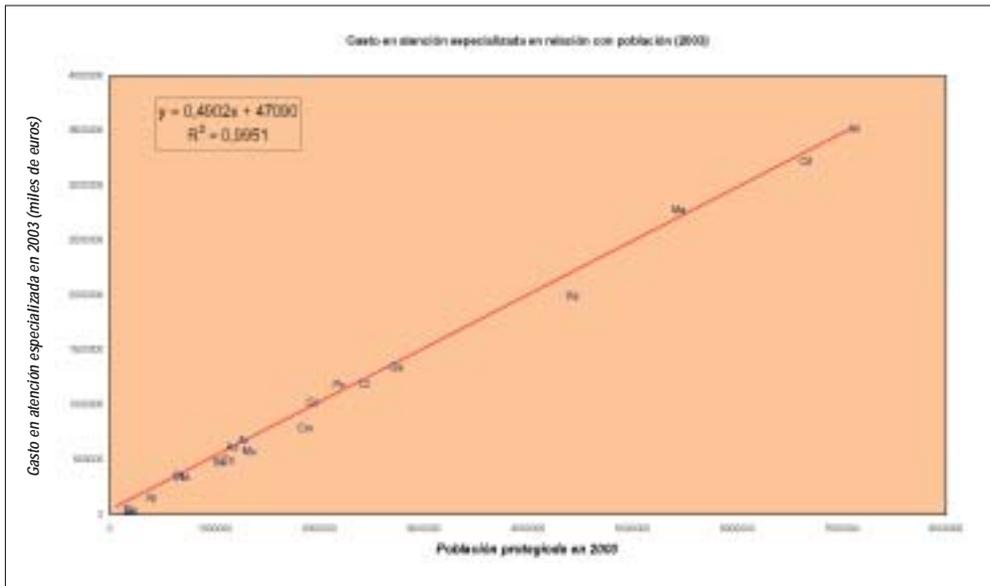
Asimismo, se presentan datos correspondientes a los flujos de pacientes desplazados (ya sean residentes en el extranjero o residentes en las distintas CC.AA.), que se han obtenido de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del INE²⁵.

IV.2.2. Gasto en atención especializada y población

Comenzaremos el análisis investigando la relación entre el gasto en atención especializada y la población protegida, con objeto de determinar en qué medida las variaciones de esta última están asociadas a crecimientos del gasto.

El gasto sanitario en atención especializada muestra una relación lineal con la población protegida. El ajuste lineal es mejor con la población protegida que con la población protegida equivalente.

²⁵ Algún miembro del grupo de trabajo ha planteado la inconveniencia de utilizar los cuadros de pacientes desplazados que ofrece la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria para cuantificar o aproximar los flujos de pacientes entre Comunidades y entre éstas y el extranjero. La razón argumentada es que la residencia es una variable declarativa que puede estar vinculándose en la práctica al domicilio de contacto durante la estancia en la comunidad de los pacientes desplazados, lo que supondría una infravaloración de los flujos de los pacientes provenientes de otras comunidades o del extranjero. En cualquier caso, el posible sesgo de infravaloración de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria afectaría a todos los territorios. No se ha considerado oportuno emplear los datos del CMBD, puesto que para un importante número de registros la variable residencia está sin cumplimentar o es desconocida, siendo este hecho más frecuente en los pacientes desplazados que en los residentes en la comunidad.



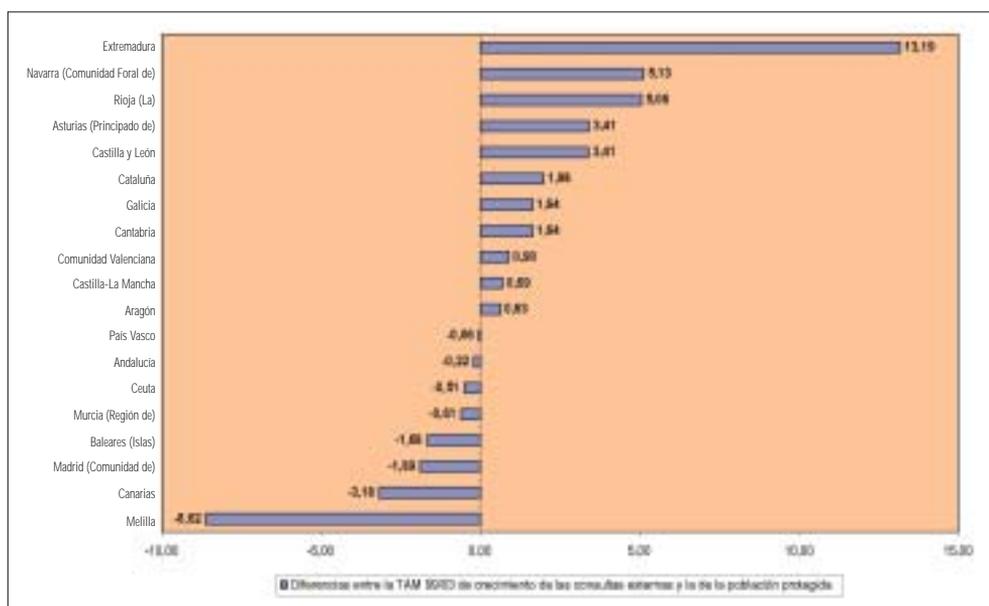
IV.2.3. Las consultas externas

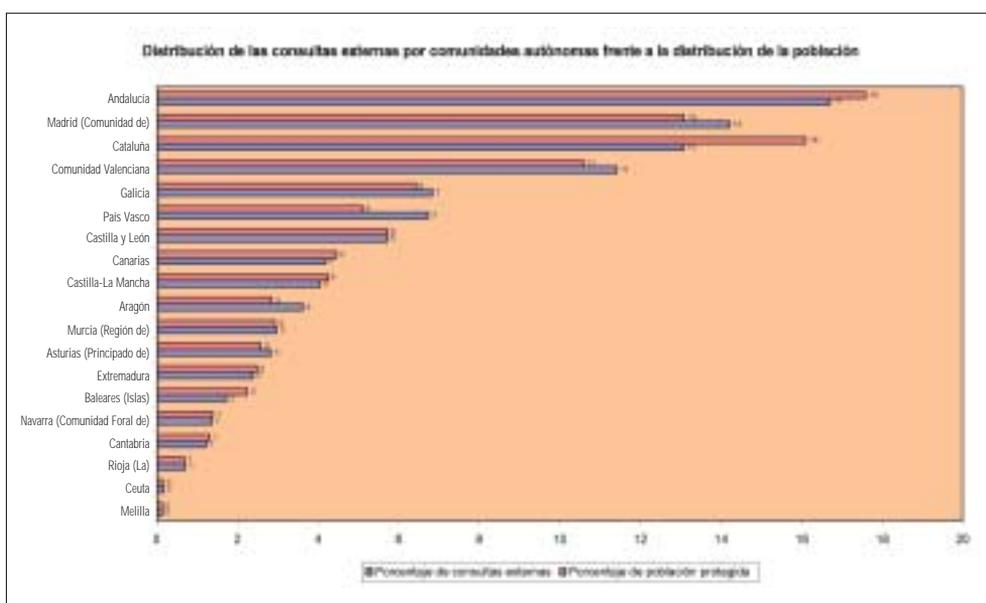
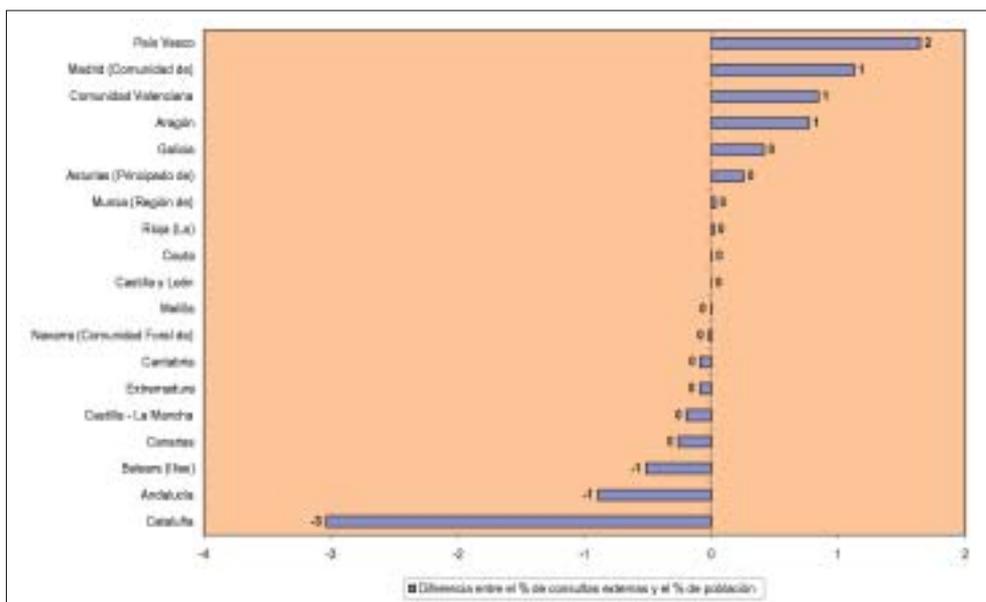
Se han definido como el número total de consultas externas en hospitales y centros de especialidades a cargo de la Seguridad Social y Otras entidades públicas. Para los fines del estudio, en el total de consultas se consideran aquellas que se realizan en Hospitales y Centros de Especialidades, a cargo de la Seguridad Social y de Otras Entidades Públicas (autonómica, provincial, municipal, insular y otras de similar naturaleza). No se incluye la actividad en hospitales y centros de especialidades dependientes del Ministerio de Defensa, ni la realizada en los hospitales penitenciarios.

El número de consultas externas que se producen anualmente en España se situó, en el año 2003, en algo más de 62 millones, frente a 57 en 1999. Esto supone un ritmo de crecimiento anual del 2,26%, 0,65 puntos porcentuales por encima de la población protegida. Por comunidades, este incremento ha oscilado entre un 0,05% y un 13,13%.

Las comunidades autónomas en las que el ritmo de crecimiento de las consultas externas ha sido superior al ritmo de crecimiento de la población son Extremadura, Navarra, La Rioja, Asturias, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Cantabria, Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha y Aragón. Por el contrario, las consultas externas crecen menos que la población en Ceuta, País Vasco, Andalucía, Murcia, Baleares, Madrid, Canarias y Melilla.

La distribución del porcentaje de consultas externas por Comunidades Autónomas es paralela a la de la población protegida, con algunas singularidades. Los porcentajes que más destacan corresponden a las comunidades de País Vasco y Madrid, por un lado, con un porcentaje de consultas superiores al peso de su población protegida, y a Cataluña, por otro, con un porcentaje de consultas externas inferior al peso de su población protegida. La interpretación de estas diferencias requeriría analizar la situación en las comunidades de los distintos modos de producción de la atención de la salud ya que, de otro modo, se pueden derivar conclusiones equivocadas en las que la eficiencia enmascara la falta de calidad o viceversa.





IV.2.4. La actividad quirúrgica y la CMA

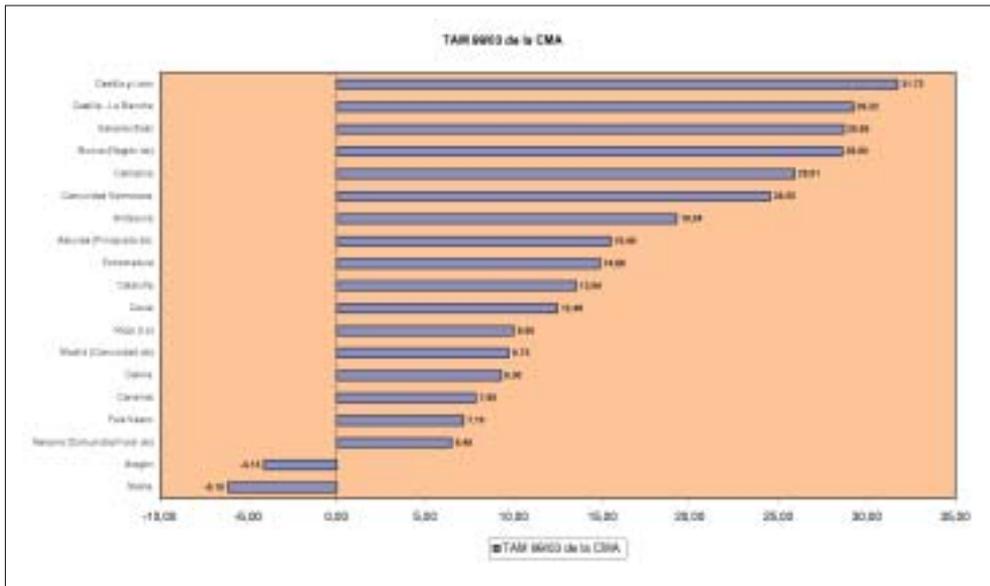
Con los indicadores planteados se pretendía analizar la sustitución de la cirugía con internamiento en hospitales por Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), por una parte, y, por otra, el total de actos quirúrgicos en hospitales refiriéndonos a la actividad quirúrgica con internamiento públicamente financiada, tanto la producida en hospitales públicos como la adquirida a otros proveedores.

La información recogida parece indicar, de acuerdo con las comprobaciones realizadas con fuentes de carácter estatal, y por lo que respecta a la cirugía con internamiento, que los datos aportados no son homogéneos, pudiéndose referir en algunos casos al total de actos quirúrgicos (con y sin internamiento). Al no poder establecer claramente el concepto al que se refiere cada dato se ha optado por no analizar la tasa de sustitución antes citada.

Para los fines del estudio se ha considerado aquella actividad quirúrgica con CMA que se realiza a cargo de la Seguridad Social y de Otras Entidades Públicas (autonómica, provincial, municipal, insular y otras de similar naturaleza). No se incluye la actividad en hospitales dependientes del Ministerio de Defensa y en los hospitales penitenciarios salvo en Cataluña donde está transferida la Sanidad Penitenciaria.

La Cirugía Mayor Ambulatoria registra en 2003 una actividad de 711.441 actos quirúrgicos, frente a 382.915 en 1999, lo que supone una tasa de crecimiento medio anual del 16,75%. Este comportamiento expansivo de la CMA durante el periodo de análisis de 1999 a 2003, se ha repetido prácticamente en todas las comunidades.

Las excepciones han sido Aragón y Melilla, donde la CMA ha decrecido. Las comunidades donde más ha crecido la CMA han sido Castilla y León, Castilla-La Mancha, Baleares, Murcia, Cantabria, Comunidad Valenciana, Andalucía, Asturias, Extremadura, Cataluña, Ceuta, La Rioja, Madrid y Galicia. En todas ellas se han registrado crecimientos medios anuales superiores al del gasto en asistencia especializada (8,50%).



IV.2.5. Las camas

Se ha definido esta variable como el número medio anual de camas en funcionamiento utilizadas por el sector público, con independencia de su ubicación en hospitales de titularidad pública o privada.

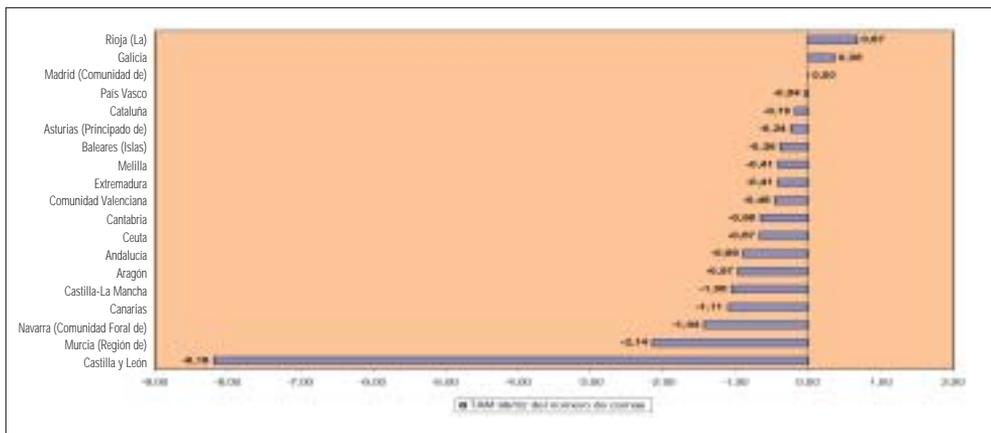
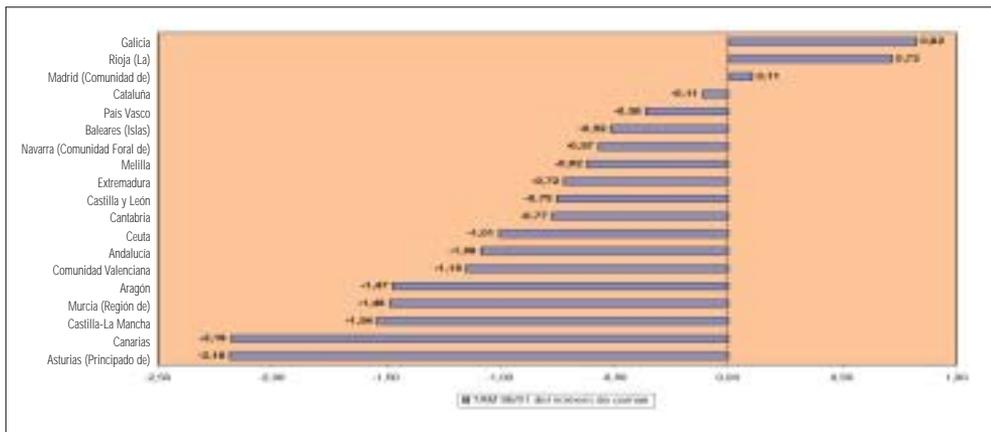
Para los fines del estudio, el número medio anual de camas en funcionamiento en hospitales de titularidad pública no incluye las camas en funcionamiento en los hospitales dependientes del Ministerio de Defensa ni en los hospitales penitenciarios, salvo en Cataluña donde está transferida la Sanidad Penitenciaria.

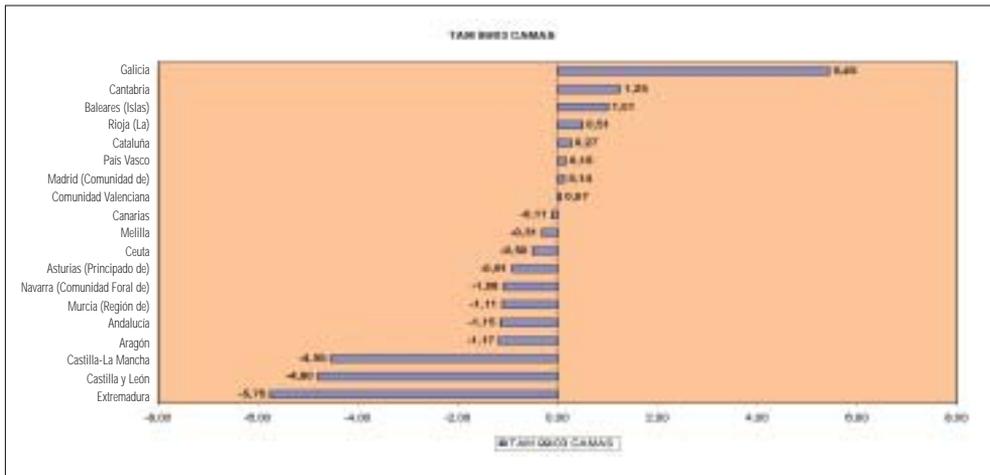
La dotación de camas en funcionamiento utilizadas por el sector público se estima, de acuerdo con los datos proporcionados por las comunidades, en 119.603 camas, lo que supone 2,95 camas por mil personas protegidas. Se detecta una evolución decreciente de este ratio en el periodo analizado. A lo largo de todo el período considerado se observa que Cataluña y Canarias registran el mayor número de camas por mil personas protegidas, mientras la Comunidad Valenciana presenta sistemáticamente el número más reducido.

La evolución del número de camas tiene una tendencia descendente, habiéndose pasado en el quinquenio analizado de 121.533 camas a las 119.603 antes señaladas en 2003. Esto supone un ritmo de decrecimiento anual del 0,40% en términos medios.

Del análisis de la evolución de las camas en funcionamiento utilizadas por el sector público en las distintas comunidades se ha detectado en alguna comunidad una posible ruptura de la serie de la ESCRI en los años 2002 y 2003 que, en algunos casos, resulta muy marcada.

A nuestro juicio, los datos que mejor reflejarían la evolución de las camas corresponden al periodo 1999 a 2001, donde el descenso de las camas es prácticamente generalizado en todas las comunidades autónomas y, en aquellas donde se produce un crecimiento, éste es inferior al 1% medio anual.





IV.2.6. Las altas

Definido el indicador como el número total de altas en hospitales a cargo de la Seguridad Social y Otras entidades públicas, para los fines del estudio, se consideran aquellas altas que se realizan en Hospitales, a cargo de la Seguridad Social y de Otras Entidades Públicas (autonómica, provincial, municipal, insular y otras de similar naturaleza). No se incluye la actividad en hospitales dependientes del Ministerio de Defensa ni en los hospitales penitenciarios, salvo en Cataluña donde está transferida la Sanidad Penitenciaria.

De acuerdo con la información disponible, en 2003, se produjeron en España 3.782.256 altas en hospitales a cargo de la Seguridad Social y Otras Entidades Públicas. La distribución de estas altas por Comunidades Autónomas se ajusta básicamente a la estructura de la población con las siguientes diferencias dignas de mencionar: Cataluña presenta la mayor diferencia a favor de las altas de todas las comunidades, lo que podría estar indicando, por ejemplo, la afluencia de pacientes desplazados a dicha comunidad, más rotación o una utilización mayor que la media de los internamientos, si bien estas posibles causas deberían ser analizadas recurriendo a información complementaria. La siguiente comunidad donde la proporción de altas supera a la de la población protegida es el País Vasco, seguida de Aragón, Asturias y Castilla y León. En el otro extremo se sitúa Madrid, donde la proporción de altas es inferior en 2,24 puntos porcentuales al peso de la población protegida. El sentido de esta diferencia parece contradictorio con el saldo neto positivo de pacientes desplazados hacia Madrid, por lo que cabe considerar una infravaloración de las altas, o bien una menor rotación, o un

uso más intensivo que la media de tratamientos ambulatorios. En la misma situación relativa que Madrid se encuentran las comunidades de Canarias y Andalucía, aunque con menores diferencias entre proporción de altas y peso de población protegida²⁶.

La evolución de las altas en el periodo analizado ha presentado una tasa media de crecimiento anual del 1,50%, oscilando por comunidades entre -2,47% y 3,79%.

Las comunidades que presentan altas por encima de las que cabría esperar según el patrón de comportamiento lineal reflejado en los datos son Cataluña, País Vasco, Aragón, Castilla y León, Asturias, Galicia, Comunidad Valenciana, Extremadura, Murcia y Navarra. Madrid y Canarias son las que presentan las diferencias más pronunciadas entre las comunidades que se sitúan por debajo de su valor esperado.

Las comunidades que presentan un gasto en atención especializada por encima del que cabría esperar según su volumen de altas son Madrid, Canarias, Andalucía y Cantabria. El resto de comunidades registran un gasto menor del esperado, destacando las diferencias en las comunidades de Cataluña y Comunidad Valenciana.

La explicación de estas diferencias debe tener en cuenta la casuística de las altas, ya que no todas son equivalentes desde el punto de vista de consumo de recursos. Por ello, es conveniente corregir las altas para obtener unidades de actividad hospitalaria comparables. Se obtienen así las UCH, unidades de complejidad hospitalaria. Para un Grupo de Diagnóstico Relacionado (GDR) concreto, la UCH representa el consumo de recursos del GDR, y se calcula multiplicando el número de altas producidas por el peso de dicho GDR. Extendiendo la suma a las UCH de todos los GDR de la Comunidad se tienen las UCH para cada una de ellas:

$$UCH(ca) = \sum_{i=1}^{GDR_{ca}} peso_i \times Altas(ca)_i$$

Con la información de la base de datos del CMBD del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha obtenido las UCH para los hospitales de agudos públicos (salvo en Cataluña, donde se considera la red de utilización pública), que son para los que se dispone de una medida de la complejidad de sus altas en términos de peso del Grupo de Diagnóstico Relacionado.

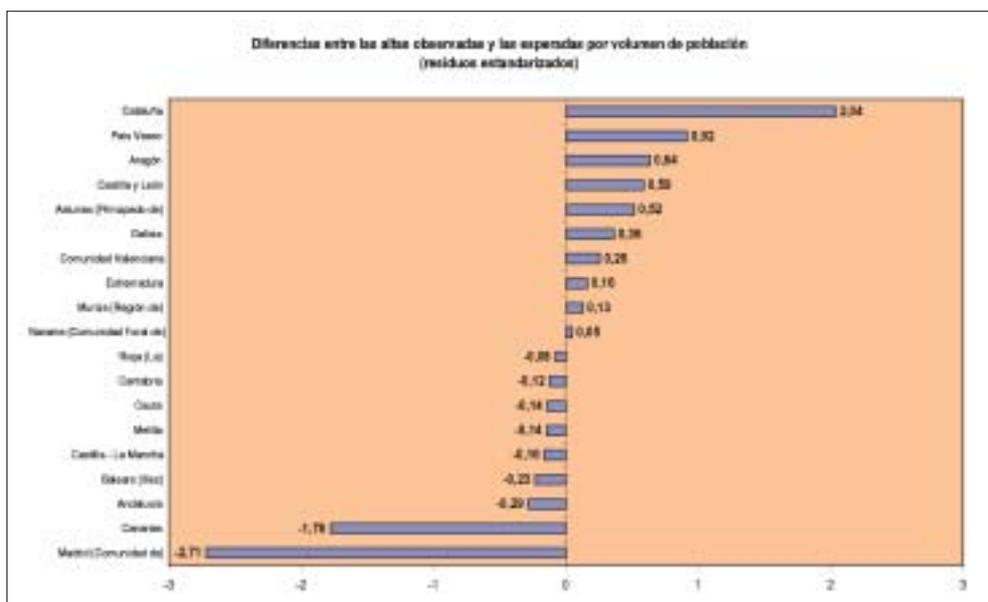
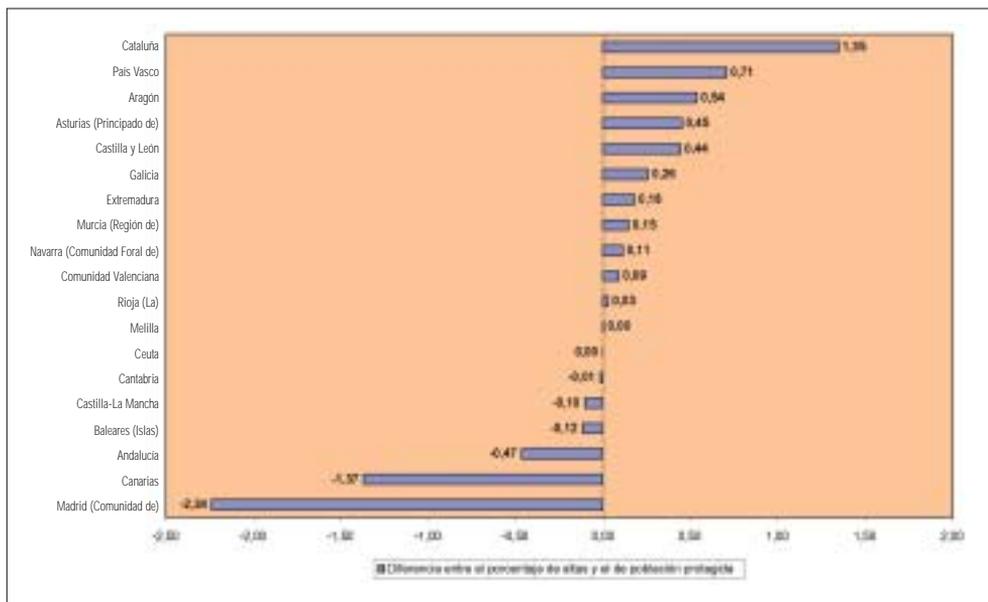
²⁶ En el caso particular de Canarias, y también de Baleares, las diferencias entre gasto y actividad, la relación entre población protegida y recursos, así como la posible infrautilización de recursos, tienen que ver con la fragmentación del territorio propio de las islas. Esta cuestión debería ser tratada a partir de datos adicionales y con el empleo de otros modelos de análisis adaptados a dichos datos.

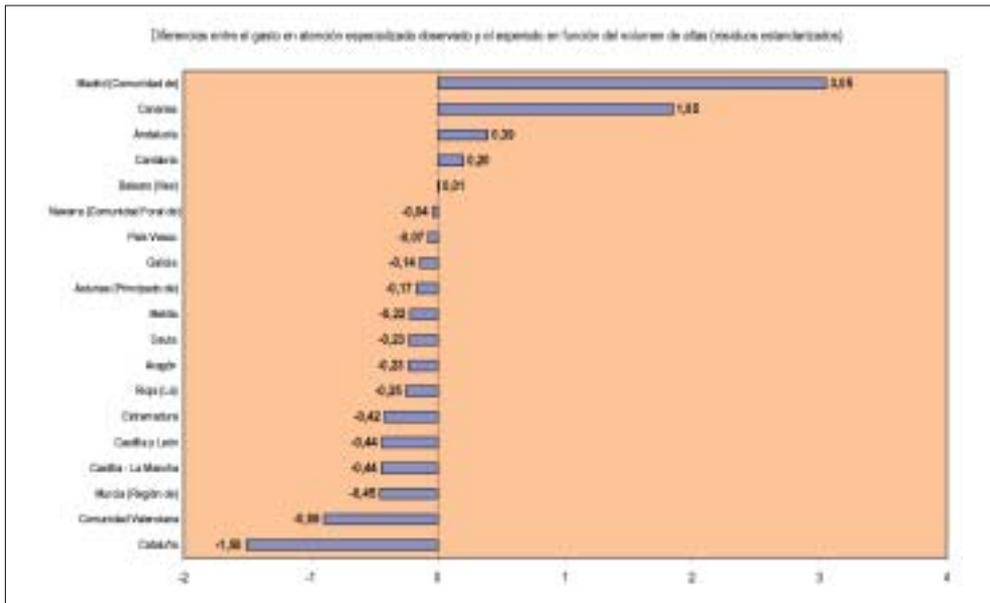
La relación de este tipo de unidades con el gasto, en caso de disponer del gasto en atención sanitaria de agudos con internamiento, sería un indicador de eficiencia. No se puede, sin embargo, interpretar la relación de estas UCH con todo el gasto en atención especializada como una medida de la eficiencia porque encierra el efecto, entre otros, de la diferente organización de los modos de producción de la atención sanitaria.

**UNIDADES DE COMPLEJIDAD HOSPITALARIA (UCH)
 (Hospitales de agudos públicos)**

NOMBRE	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	475.956	490.746	513.612	525.255	541.998
Aragón	95.700	99.515	105.120	116.459	121.499
Asturias (Principado de)	93.677	90.999	100.696	105.317	105.552
Baleares (Islas)	49.730	53.071	46.548	66.500	66.670
Canarias	49.137	71.015	87.814	99.109	102.237
Cantabria	48.744	48.747	49.210	49.994	52.443
Castilla y León	200.892	128.536	214.953	219.979	226.557
Castilla - La Mancha	123.458	210.402	132.007	137.464	144.407
Cataluña	581.419	591.585	604.264	609.483	620.677
Comunidad Valenciana	298.325	300.970	337.607	314.320	344.833
Extremadura	74.682	79.517	79.759	75.807	86.331
Galicia	186.743	163.757	249.577	224.340	241.703
Madrid (Comunidad de)	373.925	393.464	372.712	416.245	423.455
Murcia (Región de)	75.974	81.215	87.848	96.485	98.921
Navarra (Comunidad Foral de)	50.103	45.954	51.989	52.324	52.979
País Vasco	167.192	171.323	176.065	178.189	182.272
Rioja (La)	20.626	21.287	22.547	23.833	24.152
Ceuta	5.146	4.831	4.998	5.049	5.039
Melilla	3.667	3.718	4.450	4.146	4.480

Nota: las UCH se han obtenido para el total de altas depuradas (se han eliminado del cálculo las que han registrado estancia 0 con excepción de casos de éxitus y traslados, y los casos extremos)





IV.2.7. Las estancias

Definido el indicador como el número total de estancias en hospitales a cargo de la Seguridad Social y Otras entidades públicas, para los fines del estudio, se consideran aquellas estancias que se realizan en Hospitales, a cargo de la Seguridad Social y de Otras Entidades Públicas (autonómica, provincial, municipal, insular y otras de similar naturaleza). No se incluye la actividad en hospitales dependientes del Ministerio de Defensa ni en los hospitales penitenciarios, salvo en Cataluña donde está transferida la Sanidad Penitenciaria.

De acuerdo con la información disponible, en 2003, se produjeron en España 34.441.693 estancias en hospitales a cargo de la Seguridad Social y Otras Entidades Públicas. La distribución de estas estancias por comunidades autónomas se ajusta básicamente a la estructura de la población con las siguientes diferencias dignas de mencionar: al igual que ocurría con las altas, Cataluña presenta la mayor diferencia a favor de la proporción de estancias de todas las comunidades, lo que podría estar indicando, por ejemplo, la afluencia de pacientes desplazados a dicha comunidad, o más estancia media. La siguiente comunidad donde la proporción de estancias supera a la de la población protegida es el País Vasco, seguida de Galicia, Aragón y Asturias. En el otro extremo se sitúan Andalucía, donde la proporción de estancias es inferior en 3,19 puntos porcentuales al peso de la población protegida, y la Comunidad Valenciana, seguida de Cana-

rias, Castilla-La Mancha, Madrid, Castilla y León, Extremadura, Baleares y Cantabria. En el resto, Cantabria, Rioja, Ceuta y Melilla, la proporción de las estancias producidas en la comunidad es prácticamente la misma que la proporción de población protegida.

La evolución de las estancias en el periodo analizado ha presentado una tendencia decreciente con una tasa media anual de decrecimiento del -0,39%, oscilando por comunidades entre -8,25% y 2,31%.

Las comunidades que presentan estancias por encima de las que cabría esperar por su volumen de población según el patrón de comportamiento lineal reflejado en los datos son Cataluña, País Vasco, Aragón, Galicia y Asturias. Andalucía y la Comunidad Valenciana son las que presentan las diferencias más pronunciadas entre las comunidades que se sitúan por debajo de su valor esperado, seguidas de Castilla-La Mancha, Madrid, Castilla y León, Extremadura y Baleares. El resto se sitúa en la media.

Las comunidades que presentan un gasto en atención especializada por encima del que cabría esperar según su volumen de estancias son Andalucía, Madrid, Comunidad Valenciana, Canarias, Castilla y León y Castilla-La Mancha. El resto de comunidades registran un gasto menor del esperado, destacando la diferencia en la comunidad de Cataluña.

IV.2.8. La estancia media y el ajuste por casuística

La estancia media para el conjunto de las Comunidades Autónomas en el año 2003 es de 9,11 días. Oscila esta estancia media entre los 5,42 días en Ceuta y los 11,68 días en Cataluña. La variabilidad en la estancia media no explica la variabilidad del gasto en atención especializada ($R^2 = 0,2292$).

La tendencia es decreciente en el periodo considerado, en el que se ha evolucionado desde 9,74 días en 1999 hasta los 9,02 en 2003, a un ritmo de decrecimiento medio anual del 1,91%.

Las Comunidades Autónomas que presentan estancias medias por encima del promedio global (año 2003) son Cantabria, Cataluña, Madrid, Galicia, Canarias, País Vasco, Aragón y Asturias. Esta mayor estancia media puede deberse a múltiples factores, como demográficos, de perfil epidemiológico, presencia de centros de alta complejidad, factores organizativos etc.

Para poder establecer comparaciones homogéneas es preciso ajustar las estancias medias por la casuística, lo que permite comparar, por una parte, la complejidad de la patología que están atendiendo las Comunidades Autónomas y,

por otra, el funcionamiento que tienen atendiendo su propia casuística en relación con el estándar de comparación.

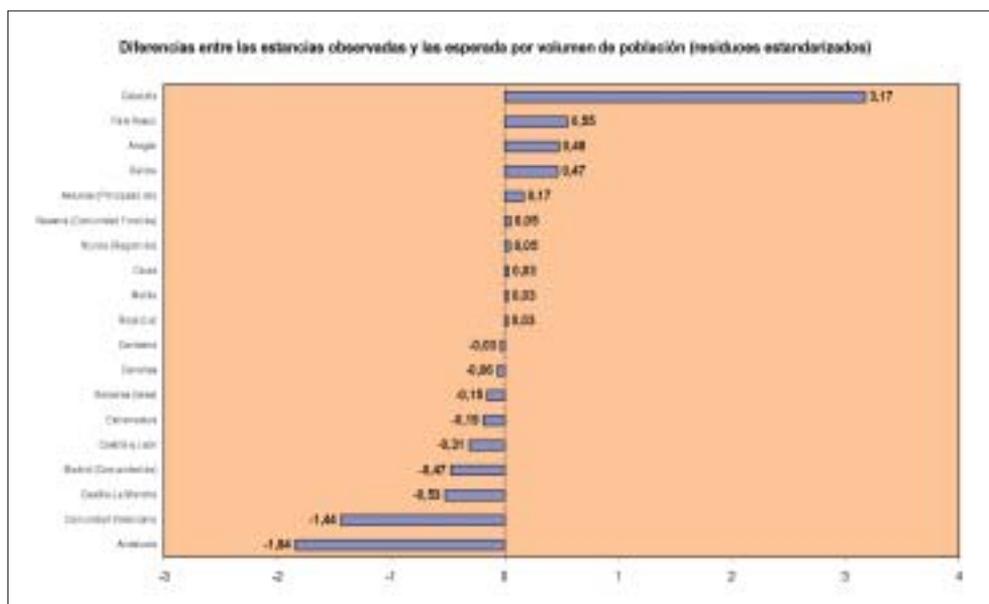
Este tipo de análisis se basa en una serie de indicadores que se definen a partir de las altas y sus estancias clasificadas por Grupos de Diagnóstico Relacionados. Son los siguientes:

EM CA	Estancia media extendida a los GDR de cada comunidad
EM E	Estancia media del SNS (conjunto de las Comunidades Autónomas). Se calcula para los mismos GRD's de la comunidad objeto de análisis. (estándar de comparación)
DIF_ EM	Diferencia de la estancia media (Comunidad Autónoma - SNS)
EMAC	Estancia media ajustada por la casuística del SNS: $EMAC = \frac{\sum_{i=1}^{GDR_{ca}} EM(ca)_i \times Altas(sns)_i}{\sum_{i=1}^{GDR_{ca}} Altas(sns)_i}$ <p>La suma se extiende a los GDR comunes entre cada Comunidad y el SNS</p>
EMAF	Estancia media ajustada por el funcionamiento del estándar $EMAF = \frac{\sum_{i=1}^{GDR_{ca}} EM(sns)_i \times Altas(ca)_i}{\sum_{i=1}^{GDR_{ca}} Altas(ca)_i}$ <p>La suma se extiende a los GDR comunes entre cada Comunidad y el SNS</p>
IC	Índice de complejidad: Compara la casuística de la Comunidad con la casuística del estándar. Es el cociente entre la estancia media ajustada por el funcionamiento del estándar y la estancia media del estándar. $IC = \frac{EMAF}{EME}$ <p>Un IC mayor que 1 indica una mayor complejidad (consumo de recursos) de los pacientes atendidos en la Comunidad Autónoma.</p>
IEMA	Índice de la estancia media ajustada por el funcionamiento: Compara, para la casuística de la Comunidad Autónoma, el funcionamiento de la misma con respecto al funcionamiento del SNS (estándar). $IEMA = \frac{EMCA}{EMAF}$ <p>Un IEMA menor que 1 indica un mejor funcionamiento de la Comunidad con respecto al estándar</p> <p>Un IEMA mayor que 1 indica un peor funcionamiento de la Comunidad con respecto al estándar para la casuística de la Comunidad.</p>

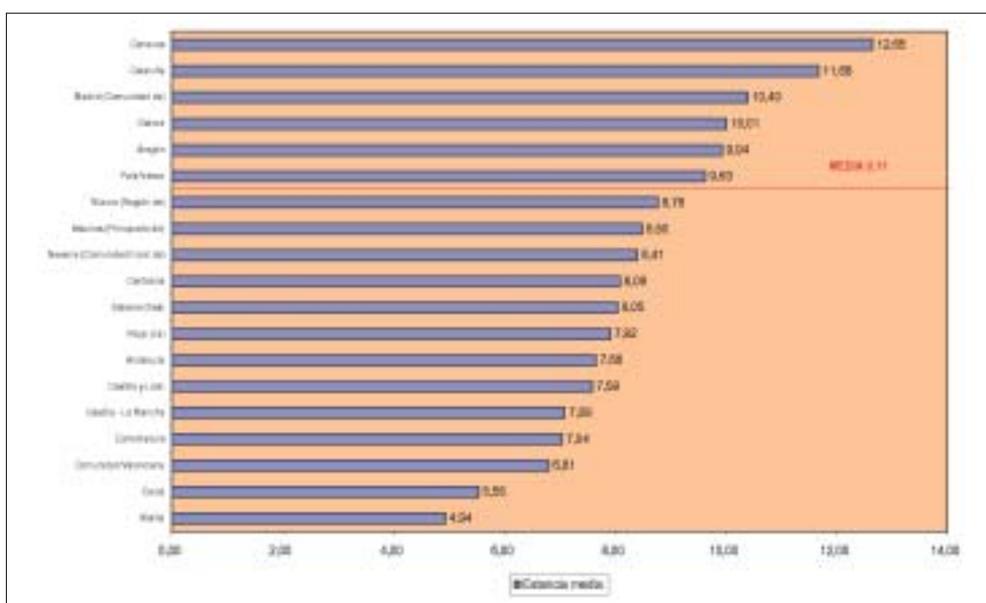
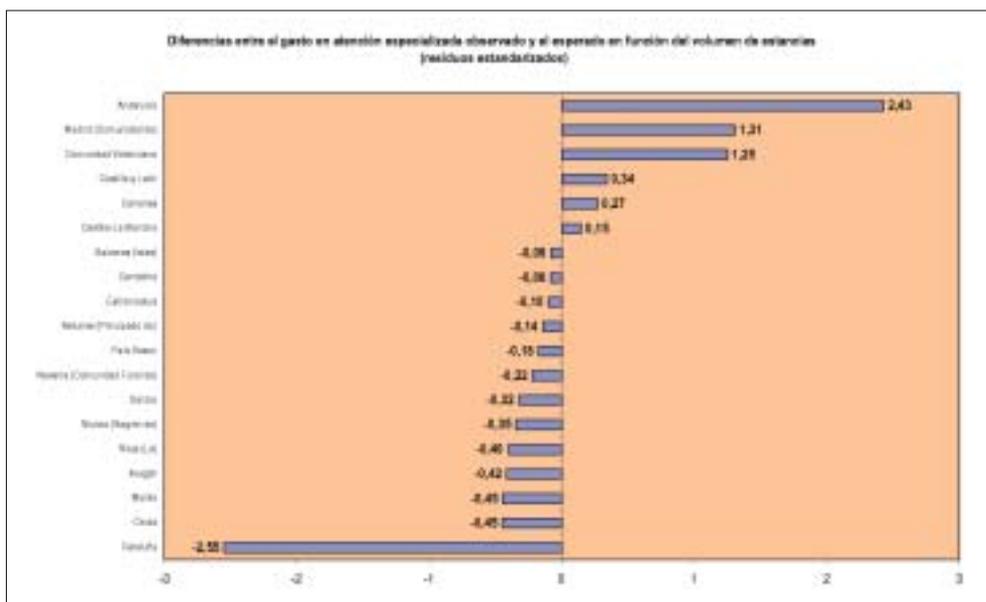
Partiendo de la base de datos del CMBD del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha obtenido estos índices para el periodo estudiado²⁷. Debe tenerse en cuenta en su análisis que los GDR que se definen se refieren a actividad de hospitales de agudos del sector público (salvo en Cataluña, donde se considera la red de utilización pública). Por tanto, este es el ámbito para el que se establece la comparación.

El Índice de Complejidad señala que las Comunidades Autónomas donde, a lo largo del periodo de 1999 a 2002, se ha atendido una casuística con complejidad superior a la del estándar son: Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja.

Por su parte, el Índice de la estancia media ajustada por el funcionamiento pone de manifiesto que las Comunidades Autónomas con mejor funcionamiento que el estándar a lo largo del periodo han sido Baleares, Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, y Ceuta.



²⁷ Para un mayor detalle véase al final de este capítulo el Anexo IV: Metodología del cálculo de indicadores de casuística y de funcionamiento.



ÍNDICE DE COMPLEJIDAD (IC)

NOMBRE	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	0,98	0,98	0,98	0,97	0,97
Aragón	1,03	1,02	1,01	1,03	1,00
Asturias (Principado de)	1,04	1,05	1,03	1,04	1,04
Baleares (Islas)	1,01	1,02	1,02	1,03	1,01
Canarias	0,94	0,93	0,96	0,96	0,95
Cantabria	1,10	1,12	1,08	1,08	1,09
Castilla y León	1,01	1,00	1,01	1,02	1,02
Castilla - La Mancha	1,00	1,01	1,00	0,99	0,99
Cataluña	1,00	1,00	1,00	1,00	1,01
Comunidad Valenciana	0,96	0,96	0,96	0,97	0,97
Extremadura	0,95	0,96	0,94	0,95	0,94
Galicia	0,99	0,98	1,01	1,04	1,04
Madrid (Comunidad de)	1,07	1,07	1,06	1,05	1,04
Murcia (Región de)	0,97	0,98	0,99	0,98	0,97
Navarra (Comunidad Foral de)	1,03	1,02	1,01	1,00	0,99
País Vasco	1,05	1,05	1,05	1,05	1,04
Rioja (La)	1,01	1,03	1,04	1,02	1,01
Ceuta	0,89	0,90	0,90	0,90	0,89
Melilla	0,86	0,83	0,80	0,83	0,80

ÍNDICE DE LA ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR EL FUNCIONAMIENTO

NOMBRE	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	1,05	1,03	1,03	1,03	1,03
Aragón	1,06	1,04	1,04	1,03	1,03
Asturias (Principado de)	1,14	1,09	1,08	1,09	1,09
Baleares (Islas)	0,98	0,92	0,92	0,93	0,95
Canarias	1,15	1,11	1,14	1,13	1,12
Cantabria	1,03	0,99	1,00	1,02	1,00
Castilla y León	1,06	0,97	1,02	1,01	1,02
Castilla - La Mancha	1,00	1,02	0,98	0,97	0,96
Cataluña	0,81	0,94	0,93	0,93	0,93
Comunidad Valenciana	0,97	0,94	0,93	0,92	0,93
Extremadura	1,10	1,05	1,05	1,04	1,04
Galicia	1,16	1,12	1,09	1,11	1,10
Madrid (Comunidad de)	1,06	1,03	1,04	1,03	1,04
Murcia (Región de)	1,03	0,98	0,97	0,96	0,98
Navarra (Comunidad Foral de)	1,05	1,01	1,00	1,01	1,00
País Vasco	0,97	0,95	0,95	0,96	0,96
Rioja (La)	1,06	1,00	0,98	0,97	0,97
Ceuta	0,92	0,85	0,87	0,88	0,89
Melilla	1,04	0,98	0,99	0,96	1,00

Las CC.AA. de Baleares, Cataluña, País Vasco y La Rioja destacan por el hecho de que, pese a la mayor complejidad de sus pacientes atendidos (en términos de consumo de recursos), presentan un índice de estancia media ajustada que indica un mejor funcionamiento respecto del estándar. Por el contrario, Andalucía, Canarias y Extremadura, pese a la menor complejidad de sus pacientes atendidos, presentan para todos los años analizados (1999-2003) desviaciones negativas respecto del estándar.

IV.2.9. La alta tecnología

Se ha considerado la siguiente tipología:

- TAC.
- Equipos de Resonancia Nuclear Magnética.
- Equipos de Litotricia Renal.
- Aceleradores Lineales.
- Máquinas de Hemodiálisis.
- Mamógrafos.
- Salas de Hemodinamia.

Para cada caso se ha recogido, por un lado, el número total de equipos en funcionamiento en el año, considerado como el promedio anual que haya estado en servicio para el sector público, independientemente de su ubicación en centros hospitalarios y no hospitalarios; por otro, la actividad desarrollada por cada tecnología.

Del análisis de la información considerada y su comparación con la información disponible de fuentes estatales, se han podido constatar dificultades para determinar el número de equipos que funcionan para el sector público. Se registran casos en los que se dispone de información sobre actividad pero no del correspondiente recurso.

Se resume la información recopilada en las tablas al final de este documento.

IV.2.10. Las urgencias

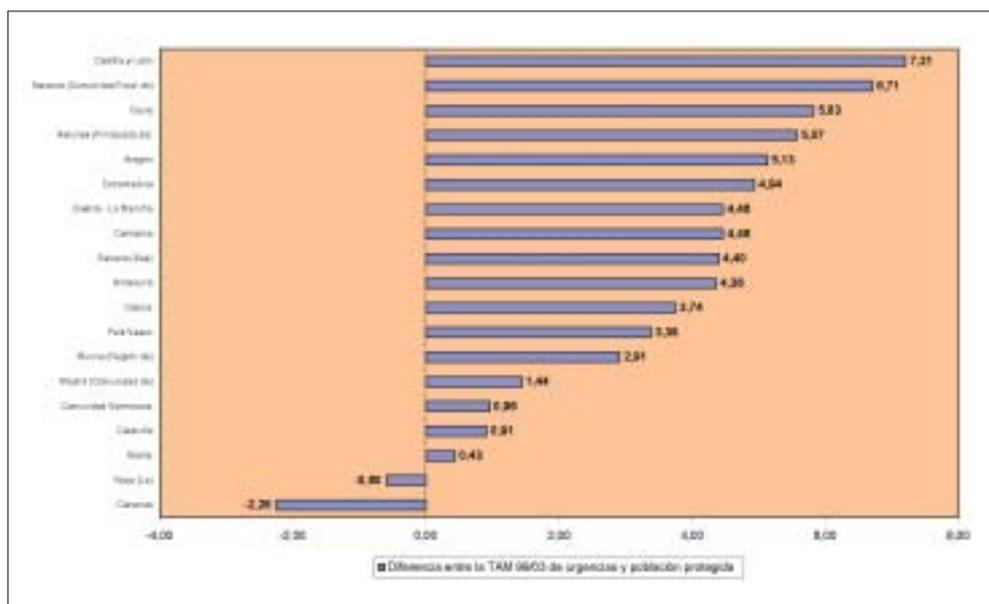
Se considera el número total urgencias atendidas en hospitales, a cargo de la Seguridad Social y Otras Entidades Públicas.

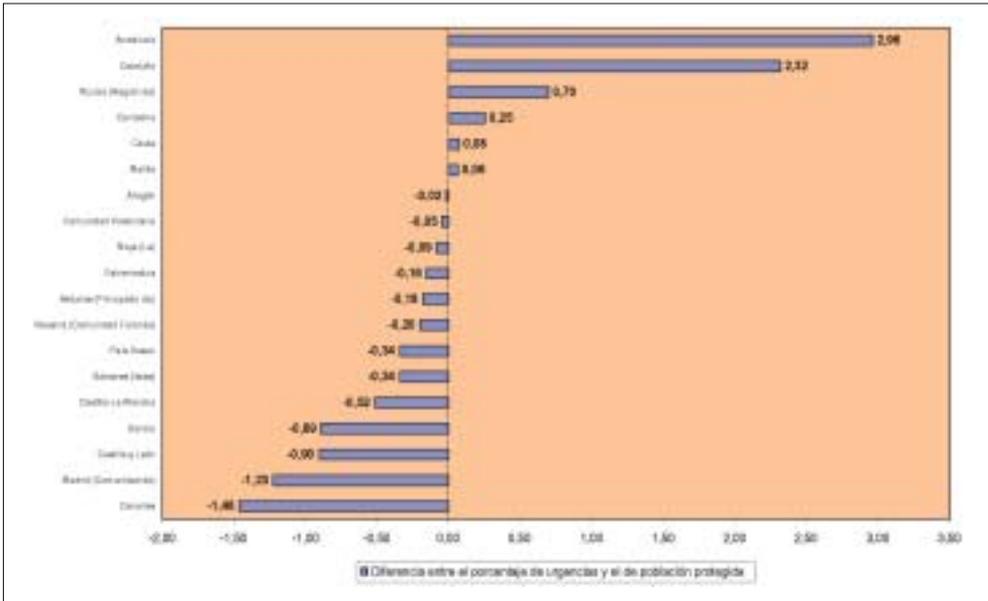
Para los fines del estudio, se considera aquella actividad que se realiza a cargo de la Seguridad Social y de Otras Entidades Públicas (autonómica, provincial, municipal, insular y otras de similar naturaleza). No se incluye la actividad en

hospitales dependientes del Ministerio de Defensa ni en los hospitales penitenciarios, salvo en Cataluña donde está transferida la Sanidad Penitenciaria. La fuente de datos es la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.

En el año 2003, el número de urgencias atendidas en los hospitales fue de 18.535.757. El ritmo de crecimiento en el periodo considerado ha sido del 4,48%, sensiblemente superior al crecimiento de la población protegida. Este crecimiento oscila por comunidades entre un 0,97% y un 8,61%. En la mayor parte de ellas el crecimiento de las urgencias que se ha registrado supera de forma notable al de la población.

Por lo que se refiere a la distribución de las urgencias por Comunidades Autónomas, puede observarse que las comunidades en las que se registra una proporción de urgencias superior a la población protegida son: Andalucía, Cataluña, Murcia, Cantabria, Ceuta y Melilla. Por el contrario, la proporción de urgencias es inferior a la proporción de población protegida en Canarias, Madrid, Castilla y León, Galicia, Castilla-La Mancha, Baleares, País Vasco, Navarra, Asturias, Extremadura, La Rioja, Comunidad Valenciana y Aragón.





IV.2.11. Flujos de desplazados

En la siguiente tabla se presenta, para los pacientes residentes en el extranjero, el número de enfermos dados de alta por Comunidad Autónoma de hospitalización. Los últimos datos disponibles corresponden al año 2002, y fueron publicados el mes de diciembre de 2004. Como se comentó en la introducción, los datos se extraen de la información contenida en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Número de enfermos dados de alta por comunidad autónoma de hospitalización y residencia en el extranjero

	1999	2000	2001	2002
Andalucía	5.883	9.490	8.302	4.158
Aragón	117	264	315	124
Asturias	..	18	53	54
Baleares	4.477	4.796	5.497	4.066
Canarias	334	4.773	3.055	3.724
Cantabria	12	32	10	..
Castilla y León	64	89	217	263
Castilla-La Mancha	..	2	20	58
Cataluña	2.760	3.175	3.177	3.550
C. Valenciana	8.161	5.990	5.561	1.855
Extremadura	..	12	32	209
Galicia	493	276	248	232
Madrid	209	249	189	235
Murcia	117	10	65	71
Navarra	..	..	3	1
País Vasco	153	145	150	141
Rioja	1	3	5	16
Ceuta	235	4	..	..
Melilla		332	839	643
Total	23.016	29.660	27.738	19.400

El número total de residentes en el extranjero dados de alta para el conjunto de las Comunidades y Ciudades Autónomas se reduce entre los años 1999 y 2002. No obstante, algunas CC.AA. registran aumentos significativos. Así, Canarias presenta un incremento espectacular, con una tasa de incremento medio anual del 438%. Castilla y León registra una tasa de un 68%, mientras Cataluña y Madrid, que también crecen, presentan aumentos aunque de menor magnitud (8,49% y 6,46%, respectivamente). Por su parte, las CC.AA. que siguen la pauta descendente del conjunto son Andalucía, Baleares, Comunidad Valenciana, Murcia y País Vasco.

Por otra parte, la evolución del número de enfermos dados de alta por Comunidad Autónoma de hospitalización y Comunidad Autónoma de residencia se muestran en las cuatro tablas siguientes. Es preciso señalar que la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria cubre a todos los hospitales, no sólo a los del Sistema Nacional de Salud. Estos datos permiten apreciar la coincidencia o no entre la Comunidad Autónoma de residencia y la Comunidad Autónoma de hospitalización, pero no permiten identificar si se trata de flujos inducidos por la oferta de servicios o por otro tipo de factores, por lo que no es correcto afirmar a partir de estos datos que una comunidad exporta o importa pacientes.

IV. Indicadores relacionados con el gasto
IV.2. Atención especializada

Número de enfermos dados de alta por comunidad autónoma de hospitalización y comunidad autónoma de residencia año 1999

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

Elaboración: Instituto de Información Sanitaria

	año 1999	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	Total
Andalucía (AND)	706.723	483	41	69	342	35	598	359	444	339	614	117	1.289	199	28	173	14	638	812	5883	719.400	
Aragón (ARA)	165	132.873	22	14	26	16	590	321	1.465	679	50	53	442	82	166	218	1.120	15	19	117	138.473	
Asturias (AST)	91	26	120.224	..	44	34	495	..	70	31	20	264	185	..	15	108	16	..	..	..	121.623
Baleares (BAL)	139	38	64	124.893	14	13	134	67	291	90	30	26	206	25	25	95	13	4.477	130.640
Canarias (CAN)	191	5	20	2	186.300	32	102	82	155	144	48	48	77	102	11	2	25	..	30	..	334	187.752
Cantabria (CANT)	36	18	350	1	27	52.342	1.604	15	56	37	146	69	326	23	32	349	491	12	55.904
Castilla y León (CLEON)	253	143	617	32	88	328	288.562	166	442	181	534	319	1.878	104	106	1.226	147	..	2	64	275.192	
Castilla-La Mancha (CMAN)	306	66	36	7	48	31	236	152.862	176	434	203	59	14.886	323	17	70	13	6	1	..	158.480	
Cataluña (CAT)	2.061	4.141	178	1.613	556	167	922	382	804.024	1.885	395	675	798	551	222	788	197	27	37	2.760	822.299	
C. Valenciana (VAL)	633	481	152	133	79	54	347	1.944	707	432.932	63	137	1.655	907	73	369	47	12	12	8.161	448.898	
Extremadura (EXT)	172	12	..	29	4	..	45	21	63	9	105.624	5	132	2	..	22	1	2	..	..	106.343
Galicia (GAL)	440	36	293	23	96	39	350	61	230	127	42	290.527	732	95	30	250	26	6	6	483	293.902	
Madrid (MAD)	4.311	590	797	288	969	377	8.759	16.759	424	1.511	4.343	1.889	527.445	1.750	275	2.610	411	587	506	209	574.780	
Murcia (MUR)	447	23	26	13	23	2	44	876	74	1.333	18	10	439	115.059	15	49	2	11	4	117	119.585	
Navarra (NAV)	1.149	860	205	61	389	103	1.125	258	351	745	195	195	626	807	266	65.065	1.643	1.283	41	11	..	75.211
País Vasco (PVAS)	106	53	47	9	13	1.566	1.620	71	103	48	33	79	221	9	1245	230.721	453	..	1	153	236.571	
Rioja (RIO)	18	26	3	1	1	6	39	7	25	6	5	16	39	2	160	465	25.044	..	..	1	25.884
Ceuta (CEU)	283	1	8.392
Melilla (MEL)	60	1	1	6.354
total	717.804	138.905	123.075	127.158	189.122	55.165	285.583	174.386	803.147	440.550	112.673	291.962	538.243	119.108	67.487	232.208	29.278	9.099	7.644	23.016	4.592.683	

Número de enfermos dados de alta por comunidad autónoma de hospitalización y comunidad autónoma de residencia año 2000

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Movilidad Hospitalaria

Elaboración: Instituto de Información Sanitaria

año 2000	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	Total
Andalucía (AND)	700.951	146	42	48	381	29	2.460	391	507	358	856	217	1.109	243	42	267	22	307	947	9.480	719.413
Aragón (ARA)	270	138.112	34	33	16	19	792	323	1.166	638	82	77	399	105	268	145	1.052	17	16	264	143.818
Asturias (AST)	23	34	119.752	2	29	11	472	..	61	40	10	134	153	17	86	53	..	..	..	18	120.895
Baleares (BAL)	147	28	17	127.523	15	14	130	17	814	74	16	90	217	13	13	121	13	..	..	..	134.058
Cantarias (CAN)	85	4	27	10	173.052	1	28	56	46	30	2	40	34	3	2	9	..	..	..	4.773	178.202
Cantabria (CANT)	48	24	279	3	12	52.132	1.558	37	41	30	134	78	270	20	27	448	462	1	..	32	55.656
Castilla y León (CLEON)	280	133	595	10	110	255	279.655	191	328	213	481	251	16.96	63	59	852	171	10	29	89	294.981
Castilla-La Mancha (CMAN)	528	62	31	4	71	38	294	155.721	217	483	198	75	16.17	183	25	124	25	6	25	2	159.729
Cataluña (CAT)	2.046	4.095	183	1.864	430	101	774	441	799.754	2.213	278	626	664	573	281	569	250	31	69	3.175	818.417
C. Valenciana (VAL)	623	415	143	133	72	53	381	1.888	597	433.594	99	126	1.752	867	80	371	55	10	7	5.990	447.256
Extremadura (EXT)	130	18	2	3	3	2	11	33	43	30	107.683	12	165	2	1	92	..	1	..	12	108.243
Galicia (GAL)	140	28	279	24	60	31	298	48	253	70	43	293.142	481	19	50	217	34	6	3	276	291.502
Madrid (MAD)	4.303	728	703	281	992	296	8.764	17.748	334	1.146	4.345	1.886	532.739	16.04	326	787	501	463	501	249	578.726
Murcia (MUR)	348	8	7	50	8	8	61	762	106	1.064	12	20	442	110.848	26	42	..	4	18	10	113.845
Navarra (NAV)	1.187	897	234	91	387	153	1.408	267	402	654	242	722	10.38	235	64.298	1.764	1.214	11	3	..	75.208
Pais Vasco (PVAS)	80	66	62	27	14	1.866	1.788	28	71	54	41	78	199	10	1.334	226.179	603	..	1	145	232.646
Rioja (RIO)	11	22	8	1	2	8	57	8	28	11	7	11	31	7	141	587	24.721	..	..	3	25.657
Ceuta (CEU)	45	..	..	1	7	..	13	..	6	6	1	1	17	7	..	4	..	..	..	4	8.119
Melilla (MEL)	21	..	..	1	5	..	13	..	6	2	..	13	3	..	..	..	..	..	..	5.959	332
total	711.267	144.620	122.398	130.109	175.666	55.017	298.467	177.959	804.762	440.710	114.530	283.609	543.026	114.812	67.950	232.631	29.143	9.482	7.578	29.660	4.527.726

Número de enfermos dados de alta por comunidad autónoma de hospitalización y comunidad autónoma de residencia año 2001

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Movilidad Hospitalaria

Elaboración: Instituto de Información Sanitaria

año 2001	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	Total	
Andalucía (AND)	697.025	109	61	38	258	33	200	414	536	543	712	130	1.193	154	77	296	20	569	720	8.302	711.390	
Aragón (ARA)	89	140.817	27	36	21	28	653	302	638	603	21	49	231	15	175	187	1.294	8	..	315	145.509	
Asturias (AST)	37	14	118.065	8	14	60	488	15	36	17	23	130	165	9	8	43	1	53	118.196
Baleares (BAL)	140	10	26	121.366	27	2	11	11	169	85	5	31	133	3	4	76	5.497	127.596
Canarias (CAN)	30	2	8	3	161.887	1	18	13	27	18	6	132	17	6	13	33	3	1	3.055	163.273
Cantabria (CANT)	38	14	234	..	21	49.045	1.344	10	59	38	158	45	233	18	33	341	635	..	..	1	52.277
Castilla y León (CLEON)	182	125	401	13	71	171	273.580	108	373	222	578	314	1.779	65	74	922	150	2	2	217	279.349	
Castilla-La Mancha (CMAN)	443	57	..	21	74	32	514	155.258	163	326	171	71	1.741	166	28	105	34	4	13	20	159.267	
Cataluña (CAT)	1.634	3.920	164	1.471	454	158	604	377	745.403	2.069	239	556	770	416	278	613	205	30	36	3.177	762.694	
C. Valenciana (VAL)	594	445	140	150	81	64	345	1.974	601	446.017	82	120	1.806	764	74	358	43	9	6	5.561	459.234	
Extremadura (EXT)	172	9	6	6	3	5	50	51	115	44	101.888	6	353	10	1	92	..	1	32	102.844
Galicia (GAL)	127	46	242	16	59	24	299	48	228	57	36	286.649	454	27	26	205	11	2	248	288.804
Madrid (MAD)	3.577	551	684	354	901	346	8.909	17.503	259	1.062	4.234	1.427	541.304	859	260	696	329	128	128	189	563.720	
Murcia (MUR)	477	9	27	18	6	8	43	877	116	1.291	16	14	477	120.891	9	20	1	2	65	124.367
Navarra (NAV)	938	982	228	64	422	122	1.250	251	321	543	245	611	794	238	61.724	1.840	1.033	9	7	3	7.1625	
País Vasco (PVAS)	63	51	58	11	32	1.899	1.375	44	75	58	19	94	197	11	1.174	223.614	348	4	..	150	229.477	
Rioja (RIO)	8	31	6	..	1	4	53	4	28	14	7	8	33	1	173	581	22.397	1	..	5	23.345	
Ceuta (CEU)	51	1	2	2	6	1	6	2	22	6	3	4	22	..	1	4	..	7.295	..	..	7.428
Melilla (MEL)	9	..	..	..	1	8	..	..	1	28	2	..	3	1	..	1	..	..	..	5.828	6.721
Total	7.05.634	147.193	120.455	123.578	164.346	52.003	289.922	177.263	748.197	453.065	108.443	290.391	551.705	112.654	64.132	230.027	26.494	8.063	6.743	27.738	4.420.026	

Número de enfermos dados de alta por comunidad autónoma de hospitalización y comunidad autónoma de residencia año 2002

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Movilidad Hospitalaria
Los datos del año 2002 han sido publicados el 4 de diciembre de 2004

Elaboración: Instituto de Información Sanitaria

año 2002	AND	ARA	AST	BAL	CAN	CANT	CLEON	CMAN	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVAS	RIO	CEU	MEL	EXTR	Total
Andalucía (AND)	703.529	89	65	51	239	52	241	332	504	559	622	122	1.306	252	36	200	48	622	640	4.158	713.667
Aragón (ARA)	129	141.156	21	19	19	26	550	231	594	666	28	51	312	35	205	134	1.396	14	13	124	145.663
Asturias (AST)	43	20	121.846	6	14	44	407	10	37	28	16	128	186	4	12	50	2	..	..	54	122.907
Baleares (BAL)	112	33	27	131.223	15	8	37	22	253	65	55	45	185	11	5	87	5	110	620	4.066	136.984
Canarias (CAN)	27	5	14	1	163.842	4	37	33	35	32	17	68	60	6	2	38	1	..	..	3.724	163.946
Cantabria (CANT)	27	18	239	1	11	51.433	1.271	14	27	42	82	28	256	5	30	354	696	1	..	..	54.535
Castilla y León (CLEON)	189	131	357	27	112	138	276.659	151	398	204	598	310	1.663	48	69	1.038	185	9	16	263	281.565
Castilla-La Mancha (CMAN)	506	78	57	14	55	38	433	159.193	254	622	216	78	1.663	251	27	95	21	2	6	58	163.667
Cataluña (CAT)	1.716	3.916	163	1.519	465	143	679	475	762.592	1.952	277	523	626	393	203	494	188	24	30	3.550	779.918
C. Valenciana (VAL)	659	461	133	180	45	37	353	1.853	651	458.261	78	136	1.840	927	60	385	55	8	10	1.855	465.007
Extremadura (EXT)	176	17	5	14	5	1	46	40	123	27	103.493	19	371	2	2	122	2	1	..	209	104.675
Galicia (GAL)	132	26	106	13	73	40	327	56	273	72	33	285.401	559	52	14	217	8	1	2	232	281.727
Madrid (MAD)	3.827	598	623	344	863	308	8.264	16.228	291	1.072	3.708	1.480	535.735	1.393	206	643	289	343	298	235	576.708
Murcia (MUR)	425	11	37	15	10	5	62	786	125	3.433	17	8	426	129.040	7	54	2	1	15	71	134.560
Navarra (NAV)	987	950	251	58	380	144	1.121	223	358	612	231	538	803	204	61.972	1.898	1.012	13	13	1	71.659
Pais Vasco (PVAS)	55	59	62	22	26	1939	15.537	36	60	62	40	98	186	11	1.184	229.469	491	..	1	141	235.479
Rioja (RIO)	11	18	16	2	2	13	59	1	18	17	1	7	51	2	211	624	258.004	..	..	16	26.873
Ceuta (CEU)	51	1	..	6	3	1	..	3	27	7	1	1	31	2	..	3	..	6.634	4	..	6.775
Melilla (MEL)	16	..	..	..	..	10	..	..	28	6	3	..	3	2	..	20	..	1	5.707	643	6.440
Total	712.817	147.607	124.112	133.515	168.189	54.374	291.034	179.697	716.638	467.679	109.516	286.041	546.262	132.640	64.145	255.925	30.215	7.784	7375	19.400	4.487.815

Consultas externas en Atención Especializada
Número total de consultas externas en hospitales y centros de especialidades a cargo de la Seguridad Social y Otras Entidades Públicas

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total										Porcentaje sobre el total					Tasa de variación interanual					TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003			
	56.850.830	57.877.733	58.901.797	60.718.601	62.159.226	100	100	100	100	100	100	100	100	100	1,81	1,77	3,08	2,37			
Andalucía	10.038.469	10.128.972	10.241.247	10.364.678	10.385.766	17,66	17,50	17,39	17,07	16,71	0,90	1,11	1,21	1,21	0,90	1,11	1,21	0,20			
Aragón	2.109.187	2.084.044	2.135.017	2.180.196	2.248.512	3,71	3,60	3,62	3,59	3,62	-1,19	2,45	2,12	3,13	1,61	1,61	1,61	1,61			
Asturias (Principado de)	1.545.847	1.642.368	1.655.037	1.690.506	1.754.117	2,72	2,84	2,81	2,78	2,82	6,24	0,77	2,14	3,76	3,21	3,21	3,21	3,21			
Baleares (Islas)	990.312	1.045.133	1.048.394	1.054.338	1.075.682	1,74	1,81	1,78	1,74	1,73	5,54	0,31	0,57	2,02	2,09	2,09	2,02	2,09			
Canarias	2.606.118	2.273.563	2.387.479	2.490.294	2.611.303	4,58	3,93	4,05	4,10	4,20	-12,76	5,01	4,31	4,86	0,05	0,05	4,86	0,05			
Cantabria	677.929	695.924	731.544	732.001	753.036	1,19	1,20	1,24	1,21	1,21	2,65	5,12	0,06	2,87	2,66	2,66	2,87	2,66			
Castilla y León	3.111.328	3.461.063	3.538.025	3.422.980	3.557.153	5,47	5,98	6,01	5,64	5,72	11,24	2,22	-3,25	3,92	3,40	3,40	3,92	3,40			
Castilla - La Mancha	2.327.803	2.383.207	2.361.352	2.462.751	2.519.250	4,09	4,12	4,01	4,06	4,05	2,38	-0,92	4,29	2,29	2,00	2,00	4,29	2,29			
Cataluña	6.943.737	7.296.947	7.447.493	8.325.807	8.124.836	12,21	12,61	12,64	13,71	13,07	5,09	2,06	11,79	-2,41	4,01	4,01	11,79	-2,41			
Comunidad Valenciana	6.216.663	6.525.894	6.560.534	6.940.947	7.099.137	10,94	11,28	11,14	11,43	11,42	4,97	0,53	5,80	2,28	3,37	3,37	5,80	2,28			
Extremadura	904.345	989.513	845.095	1.023.778	1.481.421	1,59	1,71	1,43	1,69	2,38	9,42	-14,59	21,14	44,70	13,13	13,13	44,70	13,13			
Galicia	3.942.013	4.034.072	4.136.150	4.241.720	4.246.076	6,93	6,97	7,02	6,99	6,83	2,34	2,53	2,55	0,10	1,87	1,87	2,55	0,10			
Madrid (Comunidad de)	8.457.276	8.571.256	8.618.120	8.615.042	8.830.376	14,88	14,81	14,63	14,19	14,21	1,35	0,55	-0,04	2,50	1,09	1,09	-0,04	2,50			
Murcia (Comunidad de)	1.668.715	1.803.948	1.879.683	1.728.365	1.842.864	2,94	3,12	3,19	2,85	2,96	8,10	4,20	-8,05	6,62	2,51	2,51	-8,05	6,62			
Navarra (Comunidad Foral de)	646.493	570.948	808.232	828.077	848.409	1,14	0,99	1,37	1,36	1,36	-11,69	41,56	2,46	2,46	7,03	7,03	2,46	2,46			
País Vasco	4.166.463	3.865.259	3.939.126	4.037.529	4.188.242	7,33	6,68	6,69	6,65	6,74	-7,23	1,91	2,50	3,73	0,13	0,13	2,50	3,73			
Rioja (La)	328.625	343.452	383.046	407.140	432.750	0,58	0,59	0,65	0,67	0,70	4,51	11,53	6,29	7,12	7,12	7,12	6,29	7,12			
Ceuta	91.551	82.612	94.360	92.654	90.979	0,16	0,14	0,16	0,15	0,15	-9,76	14,22	-1,81	-1,81	-0,16	-0,16	14,22	-1,81			
Melilla	77.956	79.558	91.863	79.798	69.318	0,14	0,14	0,14	0,16	0,13	0,11	2,06	15,47	-13,13	-13,13	-13,13	15,47	-13,13			

En Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla no se dispone de datos para 2003. Se han estimado las consultas aplicando un crecimiento igual al registrado por la comunidad en el año anterior

Cirugía Total
Número total de actos quirúrgicos en hospitales

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total										Porcentaje sobre el total							Tasa de variación interanual				TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003				
Total	1.563.896	1.562.844	1.556.019	1.567.125	1.864.519	100	100	100	100	100	-0,07	-0,44	0,71	18,98	4,49	0,71	18,98	4,49				
Andalucía	274.193	288.136	296.869	301.861	317.887	17,53	18,44	19,08	19,26	17,05	5,09	3,03	1,68	5,31	3,77	1,68	5,31	3,77				
Aragón	47.540	50.108	51.583	49.701	80.152	3,04	3,21	3,32	3,17	4,30	5,40	2,94	-3,65	61,27	13,95	-3,65	61,27	13,95				
Asturias (Principado de)	43.319	45.242	45.994	46.826	41.483	2,77	2,89	2,96	2,99	2,22	4,44	1,66	1,81	-11,41	-1,08	1,81	-11,41	-1,08				
Baleares (Islas)	20.860	21.920	21.745	20.890	23.675	1,33	1,40	1,40	1,33	1,27	5,08	-0,80	-3,93	13,33	3,22	-3,93	13,33	3,22				
Canarias	127.209	114.805	112.272	114.203	124.584	8,13	7,35	7,22	7,29	6,68	-9,75	-2,21	1,72	9,09	-0,52	1,72	9,09	-0,52				
Cantabria	17.774	17.727	17.771	17.336	28.620	1,14	1,13	1,14	1,11	1,53	-0,26	0,25	-2,45	65,09	12,65	-2,45	65,09	12,65				
Castilla y León	92.302	93.735	93.131	104.009	103.855	5,90	6,00	5,99	6,64	5,57	1,55	-0,64	11,68	-0,15	2,99	11,68	-0,15	2,99				
Castilla - La Mancha	54.324	51.421	52.968	56.345	112.953	3,47	3,29	3,40	3,60	6,06	-5,34	3,01	6,38	100,47	20,08	6,38	100,47	20,08				
Cataluña	289.044	281.994	257.736	254.026	275.216	18,48	18,04	16,56	16,21	14,76	-2,44	-8,60	-1,44	8,34	-1,22	-1,44	8,34	-1,22				
Comunidad Valenciana	164.185	168.633	167.602	158.530	159.074	10,50	10,79	10,77	10,12	8,53	2,71	-0,61	-5,41	0,34	-0,79	-5,41	0,34	-0,79				
Extremadura	35.568	36.144	38.976	36.757	38.432	2,27	2,31	2,50	2,35	2,06	1,62	7,84	-5,69	4,56	1,95	7,84	-5,69	4,56				
Galicia	84.481	85.837	87.805	82.735	219.594	5,40	5,49	5,64	5,28	11,78	1,61	2,29	-5,77	165,42	26,97	1,61	2,29	-5,77				
Madrid (Comunidad de)	161.683	158.813	163.546	171.690	184.880	10,34	10,16	10,51	10,96	9,92	-1,78	2,98	4,98	7,68	3,41	-1,78	2,98	4,98				
Murcia (Región de)	34.991	36.612	37.189	40.165	40.014	2,24	2,34	2,39	2,56	2,15	4,63	1,58	8,00	-0,38	3,41	4,63	1,58	8,00				
Navarra (Comunidad Foral de)	26.761	22.527	21.979	22.147	22.316	1,71	1,44	1,41	1,41	1,20	-15,82	-2,43	0,76	-4,44	-4,44	-2,43	0,76	-4,44				
País Vasco	78.181	78.236	76.770	77.778	79.610	5,00	5,01	4,93	4,96	4,27	0,07	-1,87	1,31	2,36	0,45	-1,87	1,31	2,36				
Rioja (La)	8.873	7.659	8.706	8.686	8.666	0,57	0,49	0,56	0,55	0,46	-13,68	13,67	-0,23	-0,23	-0,59	-13,68	13,67	-0,23				
Ceuta	1.053	1.581	1.585	1.564	1.543	0,07	0,10	0,10	0,10	0,08	50,14	0,25	-1,32	-1,32	10,03	50,14	0,25	-1,32				
Melilla	1.555	1.714	1.792	1.876	1.964	0,10	0,11	0,12	0,12	0,11	10,23	4,55	4,69	6,01	6,01	10,23	4,55	4,69				

En Navarra y La Rioja, Ceuta y Melilla no se dispone de datos para el año 2003. Se han estimado los actos quirúrgicos con CMA imputando el crecimiento del año anterior

Cirugía Mayor Ambulatoria
Número total de actos quirúrgicos con Cirugía Mayor Ambulatoria

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total										Porcentaje sobre el total					Tasa de variación interanual					TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003			
Total	382.915	438.827	519.430	613.075	711.441	100	100	100	100	100	14,60	18,37	18,03	16,04	18,03	16,04	16,04	16,75			
Andalucía	76.582	92.179	109.154	123.247	154.813	20,00	21,01	21,01	20,10	21,76	20,37	18,42	12,91	25,61	19,24	25,61	19,24	19,24			
Aragón	8.762	10.859	9.475	7.401	7.401	2,29	2,47	1,82	1,21	1,04	23,93	-12,75	-21,89	0,00	-4,13	0,00	0,00	-4,13			
Asturias (Principado de)	9.502	8.533	9.353	13.410	16.899	2,48	1,94	1,80	2,19	2,38	-10,20	9,61	43,38	26,02	15,48	26,02	15,48	15,48			
Baleares (Islas)	7.957	10.350	11.436	16.024	21.825	2,08	2,36	2,20	2,61	3,07	30,07	10,49	40,12	36,20	28,69	36,20	28,69	28,69			
Canarias	16.677	15.864	15.157	20.722	22.572	4,36	3,62	2,92	3,38	3,17	-4,87	-4,46	36,72	8,93	7,86	36,72	8,93	7,86			
Cantabria	4.987	6.459	7.574	8.204	12.532	1,30	1,47	1,46	1,34	1,76	29,52	17,26	8,32	52,75	25,91	8,32	52,75	25,91			
Castilla y León	15.482	17.289	23.781	45.257	46.626	4,04	3,94	4,58	7,38	6,55	11,67	37,55	90,31	3,02	31,73	90,31	3,02	31,73			
Castilla - La Mancha	17.493	18.223	24.476	25.908	48.769	4,57	4,15	4,71	4,23	6,85	4,17	34,31	5,85	88,24	29,22	5,85	88,24	29,22			
Cataluña	73.093	88.157	99.419	111.123	121.475	19,09	20,09	19,14	18,13	17,07	20,61	12,77	11,77	9,32	13,54	11,77	9,32	13,54			
Comunidad Valenciana	28.121	31.920	48.191	60.337	67.559	7,34	7,27	9,28	9,84	9,50	13,51	50,97	25,20	11,97	24,50	25,20	11,97	24,50			
Extremadura	7.763	9.805	7.053	10.233	13.524	2,03	2,19	1,36	1,67	1,90	23,73	-26,57	45,09	32,16	14,89	45,09	32,16	14,89			
Galicia	21.511	21.146	27.582	27.416	30.701	5,62	4,82	5,31	4,47	4,32	-1,70	30,44	-0,60	11,98	9,30	-0,60	11,98	9,30			
Madrid (Comunidad de)	51.449	54.559	62.453	75.057	74.582	13,44	12,43	12,02	12,24	10,48	6,04	14,47	20,18	-0,63	9,73	20,18	-0,63	9,73			
Murcia (Región de)	10.297	17.165	22.584	25.720	28.161	2,69	3,91	4,35	4,20	3,96	66,70	31,57	13,89	9,49	28,60	13,89	9,49	28,60			
Navarra (Comunidad Foral de)	4.702	5.313	5.030	6.045	6.045	1,23	1,21	0,97	0,99	0,85	12,99	-5,33	20,18	0,00	6,48	20,18	0,00	6,48			
País Vasco	24.755	27.284	30.982	31.661	32.647	6,46	6,22	5,96	5,16	4,59	10,22	13,55	2,19	3,11	7,16	2,19	3,11	7,16			
Rioja (La)	2.913	3.019	4.445	4.264	4.264	0,76	0,69	0,86	0,70	0,60	3,64	47,23	-4,07	0,00	9,99	-4,07	0,00	9,99			
Ceuta	486	560	875	757	757	0,13	0,13	0,17	0,12	0,11	15,23	56,25	-13,49	0,00	11,72	-13,49	0,00	11,72			
Melilla	383	343	410	289	289	0,10	0,08	0,08	0,05	0,04	-10,44	19,53	-29,51	0,00	-6,80	-29,51	0,00	-6,80			

En Aragón, Navarra y La Rioja, Ceuta y Melilla no se dispone de datos para el año 2003. Se han estimado los actos quirúrgicos con CMA imputando el dato del año anterior

Camas en hospitales
Número medio anual de camas en funcionamiento utilizadas por el sector público

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total										Porcentaje sobre el total					Tasa de variación interanual					TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003			
Total	121.533	120.474	119.923	118.268	119.603	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-0,87	-0,46	-1,38	1,13	-0,40		
Andalucía	18.766	18.849	18.362	18.267	17.920	15,44	15,65	15,31	15,45	14,98	0,44	-2,58	-0,52	-1,90	0,44	-2,58	-0,52	-1,90	-1,15		
Aragón	4.387	4.291	4.259	4.261	4.185	3,61	3,56	3,55	3,60	3,50	-2,19	-0,75	0,05	-1,78	-2,19	-0,75	0,05	-1,78	-1,17		
Asturias (Principado de)	3.631	3.688	3.474	3.605	3.501	2,99	3,06	2,90	3,05	2,93	1,57	-5,80	3,77	-2,88	1,57	-5,80	3,77	-2,88	-0,91		
Baleares (Islas)	2.238	2.179	2.215	2.212	2.330	1,84	1,81	1,85	1,87	1,95	-2,64	1,65	-0,14	5,33	-2,64	1,65	-0,14	5,33	1,01		
Canarias	7.009	7.015	6.707	6.779	6.978	5,77	5,82	5,59	5,73	5,83	0,09	-4,39	1,07	2,94	0,09	-4,39	1,07	2,94	-0,11		
Cantabria	1.430	1.369	1.408	1.402	1.503	1,18	1,14	1,17	1,19	1,26	-4,27	2,85	-0,43	7,20	-4,27	2,85	-0,43	7,20	1,25		
Castilla y León	7.408	7.349	7.297	5.734	6.085	6,10	6,10	6,08	4,85	5,09	-0,80	-0,71	-21,42	6,12	-0,80	-0,71	-21,42	6,12	-4,80		
Castilla - La Mancha	4.587	4.483	4.447	4.443	3.808	3,77	3,72	3,71	3,76	3,18	-2,27	-0,80	-0,09	-14,29	-2,27	-0,80	-0,09	-14,29	-4,55		
Cataluña	25.381	25.318	25.325	25.243	25.661	20,88	21,02	21,12	21,34	21,46	-0,25	0,03	-0,32	1,66	-0,25	0,03	-0,32	1,66	0,27		
Comunidad Valenciana	9.543	9.302	9.325	9.412	9.569	7,85	7,72	7,78	7,96	8,00	-2,53	0,25	0,93	1,67	-2,53	0,25	0,93	1,67	0,07		
Extremadura	3.481	3.477	3.431	3.438	2.747	2,86	2,89	2,86	2,91	2,30	-0,11	-1,32	0,20	-20,10	-0,11	-1,32	0,20	-20,10	-5,75		
Galicia	7.487	7.518	7.611	7.568	9.256	6,16	6,24	6,35	6,40	7,74	0,41	1,24	-0,56	22,30	0,41	1,24	-0,56	22,30	5,45		
Madrid (Comunidad de)	14.615	14.347	14.646	14.616	14.699	12,03	11,91	12,21	12,36	12,29	-1,83	2,08	-0,20	0,57	-1,83	2,08	-0,20	0,57	0,14		
Murcia (Región de)	3.605	3.425	3.499	3.378	3.447	2,97	2,84	2,92	2,86	2,88	-4,99	2,16	-3,46	2,04	-4,99	2,16	-3,46	2,04	-1,11		
Navarra (Comunidad Foral de)	1.409	1.395	1.393	1.349	1.306	1,16	1,16	1,16	1,14	1,09	-0,99	-0,14	-3,16	-3,16	-0,99	-0,14	-3,16	-3,16	-1,87		
País Vasco	5.410	5.355	5.371	5.403	5.445	4,45	4,44	4,48	4,57	4,55	-1,02	0,30	0,60	0,78	-1,02	0,30	0,60	0,78	0,16		
Rioja (La)	834	807	846	851	856	0,69	0,67	0,71	0,72	0,72	-3,24	4,83	0,59	0,59	-3,24	4,83	0,59	0,59	0,65		
Ceuta	150	147	147	147	147	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	-2,00	0,00	0,00	0,00	-2,00	0,00	0,00	0,00	-0,50		
Melilla	162	160	160	160	160	0,13	0,13	0,13	0,14	0,13	-1,23	0,00	0,00	0,00	-1,23	0,00	0,00	0,00	-0,31		

En Navarra y La Rioja no se dispone de datos para el año 2003. Se han estimado las camas imputando el mismo dato del año anterior

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total										Porcentaje sobre el total					Tasa de variación interanual					TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003			
	3,20	3,15	3,08	2,99	2,95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-1,65	-2,05	-3,15	-1,04	-1,98		
Andalucía	2,75	2,75	2,65	2,61	2,51	85,86	87,28	85,94	87,40	85,10	-0,02	-3,56	-1,51	-3,64	-2,20	-2,20	-2,14	-2,14	-2,14		
Aragón	3,96	3,86	3,80	3,74	3,63	123,72	122,74	123,30	125,38	122,92	-2,43	-1,61	-1,52	-2,97	-2,14	-2,14	-2,14	-2,14	-2,14		
Asturias (Principado de)	3,46	3,54	3,34	3,47	3,37	108,28	112,64	108,48	116,35	114,01	2,31	-5,68	3,87	-3,03	-0,71	-0,71	-0,71	-0,71	-0,71		
Baleares (Islas)	2,85	2,70	2,64	2,52	2,56	89,14	85,71	85,50	84,29	86,71	-5,44	-2,29	-4,52	1,80	-2,65	-2,65	-2,65	-2,65	-2,65		
Canarias	4,41	4,30	3,96	3,87	3,87	137,93	136,75	128,54	129,47	130,98	-2,49	-7,94	-2,45	0,11	-3,24	-3,24	-3,24	-3,24	-3,24		
Cantabria	2,83	2,69	2,73	2,70	2,85	88,37	85,55	88,72	90,42	96,58	-4,79	1,58	-1,30	5,70	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22		
Castilla y León	3,20	3,18	3,16	2,48	2,63	99,93	101,19	102,62	83,21	88,91	-0,40	-0,67	-21,48	5,74	-4,80	-4,80	-4,80	-4,80	-4,80		
Castilla - La Mancha	2,81	2,73	2,67	2,63	2,21	87,72	86,72	86,78	88,17	74,90	-2,77	-1,99	-1,60	-15,93	-5,77	-5,77	-5,77	-5,77	-5,77		
Cataluña	4,22	4,16	4,10	3,99	3,93	131,73	132,32	132,95	133,68	133,16	-1,21	-1,59	-2,62	-1,42	-1,71	-1,71	-1,71	-1,71	-1,71		
Comunidad Valenciana	2,46	2,36	2,32	2,27	2,23	76,77	75,04	75,27	76,15	75,62	-3,87	-1,76	-2,02	-1,72	-2,35	-2,35	-2,35	-2,35	-2,35		
Extremadura	3,46	3,48	3,42	3,43	2,74	108,26	110,56	110,99	114,93	92,74	0,43	-1,67	0,29	-20,15	-5,70	-5,70	-5,70	-5,70	-5,70		
Galicia	2,91	2,92	2,95	2,93	3,56	90,89	92,69	95,69	98,09	120,55	0,29	1,12	-0,73	21,63	5,19	5,19	5,19	5,19	5,19		
Madrid (Comunidad de)	3,10	3,00	2,96	2,87	2,78	96,98	95,47	96,04	95,98	93,95	-3,18	-1,47	-3,22	-3,13	-2,75	-2,75	-2,75	-2,75	-2,75		
Murcia (Región de)	3,43	3,21	3,16	2,95	2,90	107,33	101,97	102,41	98,82	98,29	-6,57	-1,63	-6,54	-1,57	-4,11	-4,11	-4,11	-4,11	-4,11		
Navarra (Comunidad Foral de)	2,70	2,64	2,58	2,44	2,32	84,46	84,04	83,73	81,68	78,67	-2,13	-2,42	-5,52	-4,69	-3,70	-3,70	-3,70	-3,70	-3,70		
País Vasco	2,64	2,62	2,62	2,63	2,64	82,64	83,18	85,06	88,02	89,41	-1,00	0,16	0,22	0,53	-0,03	-0,03	-0,03	-0,03	-0,03		
Rioja (La)	3,31	3,22	3,29	3,18	3,13	103,34	102,24	106,87	106,40	105,89	-2,70	2,39	-3,58	-1,51	-1,38	-1,38	-1,38	-1,38	-1,38		
Ceuta	2,57	2,50	2,47	2,43	2,48	80,33	79,31	80,03	81,39	84,07	-2,91	-1,16	-1,52	2,23	-0,85	-0,85	-0,85	-0,85	-0,85		
Melilla	3,76	3,12	2,97	2,93	2,97	117,60	99,04	96,35	98,16	100,67	-17,17	-4,71	-1,34	1,50	-5,71	-5,71	-5,71	-5,71	-5,71		

En Navarra y La Rioja no se dispone de datos para el año 2003. Se han estimado las camas imputando el mismo dato del año anterior

Altas en hospitales
Número total de altas en hospitales a cargo de la Seguridad Social y Otras Entidades Públicas

	Total										Porcentaje sobre el total					Tasa de variación interanual				
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03	
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	3.563.300	3.658.274	3.694.235	3.725.324	3.782.256	100	100	100	100	100	2,67	0,98	0,84	1,53	2,67	0,98	0,84	1,53	1,50	
Andalucía	608.995	628.073	633.816	638.466	648.085	17,09	17,17	17,16	17,14	17,13	3,13	0,91	0,73	1,51	3,13	0,91	0,73	1,51	1,57	
Aragón	116.803	115.856	121.728	123.652	127.957	3,28	3,17	3,30	3,32	3,38	-0,81	5,07	1,58	3,48	-0,81	5,07	1,58	3,48	2,31	
Asturias (Principado de)	110.493	118.267	113.973	118.438	114.135	3,10	3,23	3,09	3,18	3,02	7,04	-3,63	3,92	-3,63	7,04	-3,63	3,92	-3,63	0,81	
Baleares (Islas)	69.355	73.177	72.349	73.284	80.471	1,95	2,00	1,96	1,97	2,13	5,51	-1,13	1,29	9,81	5,51	-1,13	1,29	9,81	3,79	
Canarias	119.246	110.445	107.425	113.973	117.367	3,35	3,02	2,91	3,06	3,10	-7,38	-2,73	6,10	2,98	-7,38	-2,73	6,10	2,98	-0,40	
Cantabria	47.170	46.138	46.639	48.631	48.637	1,32	1,26	1,26	1,31	1,29	-2,19	1,09	4,27	0,01	-2,19	1,09	4,27	0,01	0,77	
Castilla y León	217.043	250.586	252.500	222.671	233.152	6,09	6,85	6,83	5,98	6,16	15,45	0,76	-11,81	4,71	15,45	0,76	-11,81	4,71	1,81	
Castilla - La Mancha	144.836	149.544	152.293	159.077	156.790	4,06	4,09	4,12	4,27	4,15	3,25	1,84	4,45	-1,44	3,25	1,84	4,45	-1,44	2,00	
Cataluña	627.924	643.784	648.363	658.376	660.178	17,62	17,60	17,55	17,67	17,45	2,53	0,71	1,54	0,27	2,53	0,71	1,54	0,27	1,26	
Comunidad Valenciana	375.009	379.654	386.887	399.120	403.468	10,52	10,38	10,47	10,71	10,67	1,24	1,91	3,16	1,09	1,24	1,91	3,16	1,09	1,85	
Extremadura	92.919	97.538	87.305	96.582	100.492	2,61	2,67	2,36	2,59	2,66	4,97	-10,49	10,63	4,05	4,97	-10,49	10,63	4,05	1,98	
Galicia	244.233	247.822	247.630	248.689	252.449	6,85	6,77	6,70	6,68	6,67	1,47	-0,08	0,43	1,51	1,47	-0,08	0,43	1,51	0,83	
Madrid (Comunidad de)	382.433	393.490	400.744	403.024	409.823	10,73	10,76	10,85	10,82	10,84	2,89	1,84	0,57	1,69	2,89	1,84	0,57	1,69	1,74	
Murcia (Región de)	102.363	105.880	105.878	113.441	116.422	2,87	2,89	2,87	3,05	3,08	3,44	0,00	7,14	2,63	3,44	0,00	7,14	2,63	3,27	
Navarra (Comunidad Foral de)	57.896	45.082	57.935	57.384	56.838	1,62	1,23	1,57	1,54	1,50	-22,13	28,51	-0,95	-0,46	-22,13	28,51	-0,95	-0,46	-0,46	
País Vasco	211.386	218.071	221.617	213.616	219.281	5,93	5,96	6,00	5,73	5,80	3,16	1,63	-3,61	2,65	3,16	1,63	-3,61	2,65	0,92	
Rioja (La)	24.398	23.778	25.770	26.236	26.710	0,68	0,65	0,70	0,70	0,71	-2,54	8,38	1,81	1,81	-2,54	8,38	1,81	1,81	2,29	
Ceuta	5.853	5.659	5.673	5.481	5.295	0,16	0,15	0,15	0,15	0,14	-3,31	0,25	-3,38	-2,47	-3,31	0,25	-3,38	-2,47	-2,47	
Melilla	4.945	5.430	5.710	5.183	4.705	0,14	0,15	0,15	0,14	0,12	9,81	5,16	-9,23	-1,24	9,81	5,16	-9,23	-1,24	-1,24	

En Navarra y La Rioja, Ceuta y Melilla no se dispone de datos para el año 2003. Se han estimado las altas imputando el mismo dato del año anterior

Estancia media
Número total de estancias en hospitales a cargo de la Seguridad Social y Otras Entidades Públicas

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total										Porcentaje sobre el total					Tasa de variación interanual					TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003		
Total	9,82	9,62	9,50	9,27	9,11	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-1,98	-1,27	-2,40	-1,80	-1,87	
Andalucía	8,10	8,00	7,86	7,79	7,66	82,52	83,10	82,69	84,05	84,12	82,52	83,10	82,69	84,05	84,12	-1,29	-1,76	-0,79	-1,71	-1,39	
Aragón	9,93	10,51	9,67	9,53	9,94	101,17	109,24	101,80	102,80	109,11	101,17	109,24	101,80	102,80	109,11	5,83	-7,99	-1,44	4,22	0,01	
Asturias (Principado de)	9,66	9,34	8,91	9,03	8,50	98,37	97,02	93,74	97,42	93,30	98,37	97,02	93,74	97,42	93,30	-3,33	-4,61	1,43	-5,96	-3,16	
Baleares (Islas)	9,22	8,78	8,52	8,59	8,05	93,93	91,25	89,69	92,58	88,36	93,93	91,25	89,69	92,58	88,36	-4,78	-2,96	0,75	-6,29	-3,35	
Canarias	12,96	13,14	14,00	12,68	12,65	131,99	136,50	147,36	136,70	138,96	131,99	136,50	147,36	136,70	138,96	1,37	6,58	-9,46	-0,18	-0,59	
Cantabria	9,61	11,53	11,84	12,27	8,09	97,84	119,79	124,65	132,27	88,89	97,84	119,79	124,65	132,27	88,89	20,01	2,73	3,57	-34,01	-4,19	
Castilla y León	10,76	10,51	10,16	7,40	7,59	109,58	109,25	106,91	79,77	83,36	109,58	109,25	106,91	79,77	83,36	-2,28	-3,39	-27,17	2,62	-8,35	
Castilla - La Mancha	8,09	7,61	7,46	7,37	7,09	82,41	79,06	78,57	79,48	77,89	82,41	79,06	78,57	79,48	77,89	-5,97	-1,89	-1,27	-3,76	-3,24	
Cataluña	12,24	11,94	11,91	11,92	11,68	124,66	124,02	125,37	128,50	128,25	124,66	124,02	125,37	128,50	128,25	-2,49	-0,20	0,04	-2,00	-1,17	
Comunidad Valenciana	7,28	6,98	6,85	6,75	6,81	74,13	72,49	72,07	72,78	74,76	74,13	72,49	72,07	72,78	74,76	-4,15	-1,85	-1,43	0,86	-1,66	
Extremadura	8,00	7,55	7,68	7,23	7,04	81,52	78,46	80,82	77,95	77,35	81,52	78,46	80,82	77,95	77,35	-5,66	1,70	-5,86	-2,57	-3,15	
Galicia	10,26	10,35	10,12	10,16	10,01	104,46	107,53	106,52	109,54	109,94	104,46	107,53	106,52	109,54	109,94	0,90	-2,20	0,37	-1,45	-0,60	
Madrid (Comunidad de)	10,86	10,54	10,48	10,40	10,40	110,59	109,50	110,31	112,17	114,17	110,59	109,50	110,31	112,17	114,17	-2,96	-0,54	-0,75	-0,06	-1,08	
Murcia (Región de)	9,32	8,91	9,03	8,85	8,78	94,95	92,54	95,08	95,41	96,37	94,95	92,54	95,08	95,41	96,37	-4,47	1,44	-2,06	-0,82	-1,50	
Navarra (Comunidad Foral de)	8,57	8,02	8,47	8,44	8,41	87,23	83,31	89,18	91,03	92,35	87,23	83,31	89,18	91,03	92,35	-6,39	5,68	-0,37	-0,37	-0,46	
País Vasco	10,10	9,67	9,43	9,94	9,63	102,85	100,49	99,22	107,14	105,77	102,85	100,49	99,22	107,14	105,77	-4,23	-2,52	5,39	-3,06	-1,18	
Rioja (La)	8,65	8,53	7,71	7,82	7,92	88,13	88,59	81,19	84,27	86,94	88,13	88,59	81,19	84,27	86,94	-1,47	-9,52	1,30	1,30	-2,20	
Ceuta	5,85	5,41	5,42	5,48	5,55	59,59	56,20	57,05	59,15	60,94	59,59	56,20	57,05	59,15	60,94	-7,56	0,23	1,18	1,18	-1,31	
Melilla	6,63	6,81	6,67	5,74	4,94	67,56	70,71	70,23	61,91	54,25	67,56	70,71	70,23	61,91	54,25	2,60	-1,95	-13,96	-13,96	-7,10	

Equipos de TAC
Número total de equipos en funcionamiento en el año

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total										Tasa de variación interanual					TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003		
	301	327	354	355	363	100	100	100	100	100	8,64	8,26	0,28	2,25		
Andalucía	62	63	65	62	63	20,60	19,27	18,36	17,46	17,36	1,61	3,17	-4,62	1,61		
Aragón	8	12	13	13	13	2,66	3,67	3,67	3,66	3,58	50,00	8,33	0,00	0,00		
Asturias (Principado de)	13	15	16	16	16	4,32	4,59	4,52	4,51	4,41	15,38	6,67	0,00	0,00		
Baleares (Islas)	7	7	8	8	8	2,33	2,14	2,26	2,25	5,23	0,00	14,29	0,00	137,50		
Canarias	18	19	21	21	20	5,98	5,81	5,93	5,92	5,51	5,56	10,53	0,00	-4,76		
Cantabria	4	5	5	5	5	1,33	1,53	1,41	1,41	1,38	25,00	0,00	0,00	0,00		
Castilla y León	17	21	20	18	19	5,65	6,42	5,65	5,07	5,23	23,53	-4,76	-10,00	5,56		
Castilla - La Mancha	7	11	13	13	14	2,33	3,36	3,67	3,66	3,86	57,14	18,18	0,00	7,69		
Cataluña																
Comunidad Valenciana	34	36	39	41	40	11,30	11,01	11,02	11,55	11,02	5,88	8,33	5,13	-2,44		
Extremadura	8	10	14	14	14	2,66	3,06	3,95	3,94	3,86	25,00	40,00	0,00	0,00		
Galicia	38	38	43	45	44	12,62	11,62	12,15	12,68	12,12	0,00	13,16	4,65	-2,22		
Madrid (Comunidad de)	50	52	53	54	57	16,61	15,90	14,97	15,21	15,70	4,00	1,92	1,89	5,56		
Murcia (Región de)	6	9	12	12	12	1,99	2,75	3,39	3,38	3,31	50,00	33,33	0,00	0,00		
Navarra (Comunidad Foral de)	4	4	4	4	0	1,33	1,22	1,13	1,13	1,13	0,00	0,00	0,00	0,00		
País Vasco	22	21	24	25	26	7,31	6,42	6,78	7,04	7,16	-4,55	14,29	4,17	4,00		
Rioja (La)	2	3	3	3	0	0,66	0,92	0,85	0,85	0,85	50,00	0,00	0,00	0,00		
Ceuta	1	1	1	1	1	0,33	0,31	0,28	0,28	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00		
Melilla	0	0	0	0	0											

Nota: blanco: no se dispone del dato.
0: dato disponible con valor 0.

Máquinas de Hemodiálisis
Número Total de Máquinas de Hemodiálisis en funcionamiento para el sector público

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total						Porcentaje sobre el total						Tasa de variación interanual						TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003		1999	2000	2001	2002	2003		2000	2001	2002	2003			
	3.357	3.462	3.628	3.720	3.733		100	100	100	100	100		3.13	4.79	2.54	0.35	2.69		
Andalucía	907	990	1.052	1.099	1.174	27,02	28,60	29,00	29,54	31,45	100	100	3,13	4,79	2,54	0,35	2,69		
Aragón	115	114	118	116	114	3,43	3,29	3,25	3,12	3,05	100	100	9,15	6,26	4,47	6,82	6,66		
Asturias (Principado de)	86	88	95	95	95	2,56	2,54	2,62	2,55	2,54	100	100	-0,87	3,51	-1,69	-1,72	-0,22		
Baleares (Islas)	55	65	69	75	70	1,64	1,88	1,90	2,02	1,88	100	100	2,33	7,95	0,00	0,00	2,52		
Canarias	174	192	196	207	207	5,18	5,55	5,40	5,56	5,55	100	100	18,18	6,15	8,70	-6,67	6,21		
Cantabria	12	12	12	12	12	0,36	0,35	0,33	0,32	0,32	100	100	10,34	2,08	5,61	0,00	4,44		
Castilla y León	184	179	181	180	180	5,48	5,17	4,99	4,84	4,82	100	100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Castilla - La Mancha	127	122	125	116		3,78	3,52	3,45	3,12		100	100	-2,72	1,12	-0,55	0,00	-0,55		
Cataluña																			
Comunidad Valenciana	902	894	915	924	958	26,87	25,82	25,22	24,84	25,66	100	100	-0,89	2,35	0,98	3,68	1,52		
Extremadura	58	58	58	58	58	1,73	1,68	1,60	1,56	1,55	100	100	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Galicia	176	167	178	181	292	5,24	4,82	4,91	4,87	7,82	100	100	-5,11	6,59	1,69	61,33			
Madrid (Comunidad de)	342	354	379	409	404	10,19	10,23	10,45	10,99	10,82	100	100	3,51	7,06	7,92	-1,22	4,25		
Murcia (Región de)	62	66	66	53	50	1,85	1,91	1,82	1,42	1,34	100	100	6,45	0,00	-19,70	-5,66	-5,24		
Navarra (Comunidad Foral de)	42	42	48	45		1,25	1,21	1,32	1,21		100	100	0,00	14,29	-6,25				
País Vasco	96	100	105	118	119	2,86	2,89	2,89	3,17	3,19	100	100	4,17	5,00	12,38	0,85	5,52		
Rioja (La)	11	11	23	24		0,33	0,32	0,63	0,65		100	100	0,00	109,09	4,35				
Ceuta																			
Melilla	8	8	8	8		0,24	0,23	0,22	0,22		100	100	0,00	0,00	0,00				

Sesiones de Hemodiálisis
Número Sesiones de hemodiálisis realizadas por el sector público

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total										Tasa de variación interanual					TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003		
	Porcentaje sobre el total					Tasa de variación interanual										
Total	1.594.643	1.856.428	1.996.424	2.395.137	2.610.140	100	100	100	100	100	16,42	7,54	19,97	8,98	13,11	
Andalucía	429.759	615.635	484.031	499.070	528.124	26,95	33,16	24,24	20,84	20,23	43,25	-21,38	3,11	5,82	5,29	
Aragón	43.941	45.095	56.622	61.084	63.384	2,76	2,43	2,84	2,55	2,43	2,63	25,56	7,88	3,77	9,59	
Asturias (Principado de)	41.105	42.290	46.843	48.556	47.392	2,58	2,28	2,35	2,03	1,82	2,88	10,77	3,66	-2,40	3,62	
Baleares (Islas)	57.668	58.968	61.628	62.841	61.004	3,59	3,18	3,09	2,62	2,34	2,97	4,51	1,97	-2,92	1,59	
Canarias	148.695	156.957	173.225	170.969	221.119	9,32	8,45	8,68	7,14	8,47	5,56	10,36	-1,30	29,33	10,43	
Cantabria	7.802	5.350	5.628	5.700	6.518	0,49	0,29	0,28	0,24	0,25	-31,43	5,20	1,28	14,35	-4,40	
Castilla y León	99.390	86.530	87.305	151.286	161.454	6,23	4,66	4,37	6,32	6,19	-12,94	0,90	73,28	6,72	12,90	
Castilla - La Mancha	59.993	59.099	58.567	112.420	117.684	3,76	3,18	2,93	4,69	4,51	-1,49	-0,90	91,95	4,68	18,35	
Cataluña		218.423	232.532	243.195			10,94	9,71	9,32			6,46	4,59			
Comunidad Valenciana	367.157	387.459	405.141	533.299	549.949	23,02	20,87	20,29	22,27	21,07	5,53	4,56	31,63	3,12	10,63	
Extremadura	22.476	23.142	24.024	23.927	24.542	1,41	1,25	1,20	1,00	0,94	2,96	3,81	-0,40	2,57	2,22	
Galicia	64.115	65.700	64.535	66.353	141.136	4,02	3,54	3,23	2,77	5,41	2,47	-1,77	2,82	112,70	21,81	
Madrid (Comunidad de)	106.050	107.598	107.825	214.377	259.946	6,65	5,80	5,40	8,95	9,96	1,46	0,21	98,82	21,26	25,12	
Murcia (Región de)	31.413	85.461	87.789	91.587	94.331	1,97	4,60	4,40	3,82	3,61	172,06	2,72	4,33	3,00	31,64	
Navarra (Comunidad Foral de)	15.314	15.689	17.297	19.271		0,96	0,85	0,87	0,80		2,45	10,25	11,41			
País Vasco	89.452	90.107	83.618	84.488	90.362	5,61	4,85	4,19	3,53	3,46	0,73	-7,20	1,04	6,95	0,25	
Rioja (La)	6.483	6.586	8.916	10.626		0,41	0,35	0,45	0,44		1,59	35,38	19,18			
Ceuta																
Melilla	4.230	4.762	5.007	6.751		0,27	0,26	0,25	0,28		12,58	5,14	34,83		-100,00	

Urgencias en hospitales
Número total de urgencias en hospitales a cargo de la Seguridad Social y Otras entidades públicas

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Total										Porcentaje sobre el total					Tasa de variación interanual					TAM 99/03
	1999	2000	2001	2002	2003	1999	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003			
Total	15.555.742	16.035.013	16.875.860	17.712.170	18.535.757	100	100	100	100	100	3,08	5,24	4,96	5,24	4,96	4,65	4,48	4,48			
Andalucía	3.084.856	3.195.098	3.374.769	3.542.810	3.811.952	19,83	19,93	20,00	20,00	20,57	3,57	5,62	4,98	5,62	4,98	7,60	5,43	5,43			
Aragón	413.391	431.248	453.724	482.134	524.197	2,66	2,69	2,69	2,72	2,83	4,32	5,21	6,26	8,72	6,12	6,12	6,12	6,12			
Asturias (Principado de)	358.722	387.645	396.422	412.934	442.137	2,31	2,42	2,35	2,33	2,39	8,06	2,26	4,17	7,07	5,37	5,37	5,37	5,37			
Baleares (Islas)	257.742	277.079	291.743	316.455	352.813	1,66	1,73	1,73	1,79	1,90	7,50	5,29	8,47	11,49	8,17	8,17	8,17	8,17			
Canarias	533.078	447.710	516.768	530.633	554.168	3,43	2,79	3,06	3,00	2,99	-16,01	15,42	2,68	4,44	0,97	0,97	0,97	0,97			
Cantabria	232.664	232.511	245.906	249.119	288.080	1,50	1,45	1,46	1,41	1,55	-0,07	5,76	1,31	15,64	5,49	5,49	5,49	5,49			
Castilla y León	675.866	766.428	795.772	842.993	892.746	4,34	4,78	4,72	4,76	4,82	13,40	3,83	5,93	5,93	5,93	5,90	7,21	7,21			
Castilla - La Mancha	553.128	577.947	608.694	637.163	692.171	3,56	3,60	3,61	3,60	3,73	4,49	5,32	4,68	8,63	5,77	5,77	5,77	5,77			
Cataluña	3.042.009	3.138.850	3.243.738	3.412.047	3.415.094	19,56	19,57	19,22	19,26	18,42	3,18	3,34	5,19	0,09	2,93	2,93	2,93	2,93			
Comunidad Valenciana	1.705.468	1.707.639	1.800.681	1.918.889	1.951.795	10,96	10,65	10,67	10,83	10,53	0,13	5,45	6,56	1,71	3,43	3,43	3,43	3,43			
Extremadura	355.283	367.446	351.094	396.002	429.954	2,28	2,29	2,08	2,24	2,32	3,42	-4,45	12,79	8,57	4,88	4,88	4,88	4,88			
Galicia	876.126	882.625	937.085	964.836	1.024.292	5,63	5,50	5,55	5,45	5,53	0,74	6,17	2,96	6,16	3,98	3,98	3,98	3,98			
Madrid (Comunidad de)	1.847.885	1.927.227	2.041.809	2.106.602	2.196.461	11,88	12,02	12,10	11,89	11,85	4,29	5,95	3,17	4,27	4,41	4,41	4,41	4,41			
Murcia (Región de)	532.246	567.161	604.924	647.692	672.799	3,42	3,54	3,58	3,66	3,63	6,56	6,66	7,07	3,88	6,03	6,03	6,03	6,03			
Navarra (Comunidad Foral de)	158.092	170.613	220.678	220.333	219.989	1,02	1,06	1,31	1,24	1,19	7,92	29,34	-0,16	-0,16	8,61	8,61	8,61	8,61			
País Vasco	765.005	789.024	818.646	851.345	880.241	4,92	4,92	4,85	4,81	4,75	3,14	3,75	3,99	3,39	3,57	3,57	3,57	3,57			
Rioja (La)	103.199	104.385	103.940	106.623	109.375	0,66	0,65	0,62	0,60	0,59	1,15	-0,43	2,58	1,46	1,46	1,46	1,46	1,46			
Ceuta	32.304	35.804	37.514	39.441	41.061	0,21	0,22	0,22	0,22	0,22	10,83	4,78	5,14	4,11	6,18	6,18	6,18	6,18			
Melilla	28.678	28.573	31.953	34.119	36.432	0,18	0,18	0,18	0,19	0,20	-0,37	11,83	6,78	6,78	6,78	6,78	6,78	6,78			

ANEXO IV
METODOLOGÍA DEL CÁLCULO DE INDICADORES
DE CASUÍSTICA Y DE FUNCIONAMIENTO

Registro de Altas de Hospitalización (CMBD-H)

Los siguientes indicadores se obtienen con la base de datos depurada, tras la eliminación de los valores extremos (*) y mediante la comparación de cada unidad (hospital) con un estándar (el grupo de hospitales al que pertenece).

(*): Los *valores extremos* son los casos con estancia 0 y aquellos cuyas estancias están por encima del valor del denominado “punto de corte”, el cual se establece para cada uno de los GRD’s de acuerdo con la siguiente fórmula: Percentil 75 + 1,5 * (diferencia entre Percentil 75- Percentil 25).

ESTANCIA MEDIA HOSPITAL (EMH): Promedio de estancias para cada GRD, excluyendo los casos con valores extremos (ver más arriba).

Nota: La estancia media depurada se calcula para aquellos GRD’s con mas de 7 casos.

ESTANCIA MEDIA E (EME): Promedio de estancias para cada GRD en el estándar de comparación.

Nota: Se calcula para los mismos GRD’s del hospital objeto de análisis.

DIFERENCIA ESTANCIA MEDIA (DIF.EM): Estancia media del hospital menos estancia media del estándar para cada uno de los GRD’s.

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR LA CASUÍSTICA DEL ESTÁNDAR (EMACe): Es la estancia media que hubiera tenido el hospital atendiendo a la casuística del estándar en lugar de a la propia.

Cálculo:

$$\frac{\Sigma (EMH * ALTAS E)}{TOTAL ALTAS E}$$

donde:

Σ (EMH * ALTAS E): para cada GRD, se multiplica la estancia media del hospital para ese GRD por el número de altas del estándar en dicho GRD

TOTAL ALTAS E: el producto se divide por el total de altas del estándar.

ESTANCIA MEDIA AJUSTADA POR EL FUNCIONAMIENTO DEL ESTÁNDAR (EMAFe): Estancia media que hubiera tenido el hospital aplicando en cada GRD a sus propios casos la estancia media del estándar.

Cálculo:

$$\frac{\Sigma (\text{EME} * \text{ALTAS H})}{\text{TOTAL ALTAS H}}$$

donde:

Σ (EME * ALTAS H): para cada GRD, se multiplica la estancia media del estándar para ese GRD por el número de altas del hospital

TOTAL ALTAS H: el producto se divide por el total de altas del hospital

ÍNDICE DE COMPLEJIDAD (IC): Compara la casuística del hospital con la casuística del estándar. Es el cociente entre la estancia media ajustada por el funcionamiento del estándar y la estancia media del estándar.

Cálculo:

$$\frac{\text{EMAFe}}{\text{EME}}$$

donde:

EMAFe es igual a la Casuística del hospital (CH) por el funcionamiento del estándar (FE) y la EM E es igual a la casuística del estándar (CE) por su funcionamiento (FE). El cociente entre ambas es igual a CH/CE

Un IC mayor a 1 indica una *mayor complejidad* (consumo de recursos) de los pacientes atendidos en el hospital.

ÍNDICE DE ESTANCIA MEDIA AJUSTADA (IEMA): Compara, para la casuística del hospital, el funcionamiento del hospital con respecto al funcionamiento del estándar.

Cálculo:

$$\frac{\text{EMH}}{\text{EMAFe}}$$

donde:

EMH: es igual a la Casuística del hospital (CH) por su funcionamiento (FH) y la EMAFe es igual a la casuística del hospital por el (CH) por el funcionamiento de estándar (FE). El cociente entre ambas es igual a FH/FE, es decir, compara funcionamientos:

Un IEMA mayor a 1 indica un *peor funcionamiento* del hospital con respecto al estándar para la casuística del hospital.

Un IEMA *inferior a 1* indica un *mejor funcionamiento* del hospital

Referencia bibliográfica:

INSALUD: Sistema de información de asistencia especializada: Manual de explotación 2001. Instituto Nacional de la Salud. Servicio de Publicaciones y Biblioteca Depósito Legal: M-55.035-2001 / I.S.B.N.: 84-351-0354-4. Publicación número 1.800.

IV.3. GASTO EN FARMACIA

El gasto farmacéutico público total, incluyendo gasto hospitalario y extra-hospitalario, representa en 1999 el 26,97% del gasto sanitario público total. Este porcentaje se ha incrementado a lo largo del periodo analizado hasta el 27,99% registrado en 2003.

IV.3.1. Análisis del gasto farmacéutico hospitalario

El gasto farmacéutico hospitalario se refiere tanto a los productos farmacéuticos consumidos por los pacientes en el proceso de internamiento como a los fármacos de dispensación ambulatoria, que sólo pueden obtenerse en un hospital. Este gasto está cobrando relevancia por el ritmo de crecimiento que registra en los últimos años, como se pone de manifiesto en los datos proporcionados por las Comunidades Autónomas²⁸.

Este gasto ha pasado de 1.152 millones de euros en 1999 a 2.020 en 2003, y supone en 1999 el 28% de los consumos intermedios correspondientes a atención especializada. En 2003 el peso relativo de este gasto crece hasta el 29%. La tasa de crecimiento medio anual en el periodo analizado se eleva al 15,08%, y oscila entre el 6,22% de Galicia y el 24,39% de Canarias. La alta variabilidad que se registra en las tasas de crecimiento de las CC.AA. para esta variable puede estar indicando diferencias significativas en la gestión de las compras de los productos farmacéuticos de uso hospitalario.

Dentro del gasto total en farmacia hospitalaria, el gasto en productos de dispensación ambulatoria representa en media el 42%, con grandes diferencias entre comunidades, pues se sitúa entre un 1% y un 67%.

²⁸ Es preciso señalar que esta información se ha recogido detallada por primera vez para este trabajo con lo que, en algún caso, se han detectado cifras que deberían ser revisadas en el futuro. Entendemos, no obstante, que no se distorsiona mucho la tendencia global apuntada por las cifras: si se omiten del análisis los datos sobre los que existe alguna falta de coherencia, la TAM 99/03 no cambia.

GASTO EN FARMACIA HOSPITALARIA TOTAL

	Miles de euros corrientes				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	200.290	227.643	256.916	291.647	335.388
Aragón	37.135	42.609	49.518	57.778	68.039
Asturias (Principado de)	25.755	27.361	30.793	39.274	51.678
Baleares (Islas)	21.519	25.527	27.625	34.525	41.491
Canarias	33.795	40.608	46.437	67.734	80.904
Cantabria	18.636	21.142	24.493	25.592	28.609
Castilla y León	66.728	73.771	83.612	87.692	102.768
Castilla-La Mancha	36.886	43.172	49.797	61.489	73.181
Cataluña	230.679	268.256	306.772	361.150	414.136
Comunidad Valenciana	117.264	135.902	155.356	184.208	215.956
Extremadura	28.446	32.193	36.169	36.808	36.884
Galicia	77.073	83.070	95.778	125.181	98.097
Madrid (Comunidad de)	140.024	155.824	173.782	216.637	281.619
Murcia (Región de)	27.724	30.680	37.368	39.613	47.278
Navarra (Comunidad Foral de)	15.801	16.749	20.238	22.783	27.159
País Vasco	64.517	72.340	80.096	88.171	100.611
Rioja (La)	6.819	7.147	7.790	8.829	11.474
Ceuta	1.363	1.314	1.412	1.715	2.134
Melilla	1.266	1.429	1.834	2.301	2.689
Gasto consolidado del sector CCAA	1.151.720	1.306.736	1.485.787	1.753.127	2.020.095

GASTO EN FARMACIA HOSPITALARIA

	Porcentaje de variación interanual				
	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	13,66	12,86	13,52	15,00	13,76
Aragón	14,74	16,22	16,68	17,76	16,34
Asturias (Principado de)	6,24	12,54	27,54	31,58	19,02
Baleares (Islas)	18,63	8,22	24,98	20,18	17,84
Canarias	20,16	14,35	45,86	19,44	24,39
Cantabria	13,45	15,85	4,49	11,79	11,31
Castilla y León	10,56	13,34	4,88	17,19	11,40
Castilla-La Mancha	17,04	15,35	23,48	19,02	18,68
Cataluña	16,29	14,36	17,73	14,67	15,75
Comunidad Valenciana	15,89	14,31	18,57	17,23	16,49
Extremadura	13,17	12,35	1,77	0,21	6,71
Galicia	7,78	15,30	30,70	-21,64	6,22
Madrid (Comunidad de)	11,28	11,52	24,66	30,00	19,09
Murcia (Región de)	10,66	21,80	6,01	19,35	14,27
Navarra (Comunidad Foral de)	5,99	20,83	12,58	19,21	14,50
País Vasco	12,13	10,72	10,08	14,11	11,75
Rioja (La)	4,80	9,01	13,33	29,95	13,89
Ceuta	-3,56	7,41	21,51	24,45	11,87
Melilla	12,88	28,39	25,45	16,84	20,73
Gasto consolidado del sector CCAA	13,46	13,70	17,99	15,23	15,08

IV.3.2. Análisis de la evolución del gasto farmacéutico a través de receta médica del SNS

El gasto en recetas médicas, que se analiza en esta parte del documento, registra diferencias con las cifras correspondientes recogidas en el análisis descriptivo del gasto como consecuencia de los ingresos y devoluciones que se producen en cumplimiento de los Conciertos que regulan las condiciones en las que se presta la asistencia farmacéutica a las personas protegidas, y que son suscritos entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y las Oficinas de Farmacia.

El gasto en farmacia a través de recetas médicas supone en 2003, como ya se ha indicado, un 23,38% del gasto sanitario total del sector, siendo éste el componente del gasto más dinámico entre aquellos que tienen mayor peso (primaria, especializada y farmacia –recetas–).

Por ello, se ha incorporado a los indicadores un capítulo dedicado al análisis de este gasto que han abordado la Dirección General de Farmacia y el Instituto de Información Sanitaria a partir de las bases de datos sobre recetas médicas del SNS.

El análisis de la evolución de este gasto se ha de realizar considerando las siguientes variables que lo determinan:

- Importe
- Gasto
- Aportación de la persona protegida
- Número de recetas
- Población protegida

A partir de ellas se obtienen los indicadores de *importe por receta*, *gasto por receta* y *porcentaje de aportación sobre el total del importe*.

Los datos disponibles no diferencian el consumo entre activos y pensionistas y tampoco entre diferentes tramos de edad y sexo de los pacientes (dato en este momento no disponible para todo el SNS), por lo que el trabajo que se presenta no puede profundizar en un aspecto de tanta trascendencia en el análisis del gasto farmacéutico como la influencia de la composición de la población, y tampoco pueden efectuarse los imprescindibles ajustes poblacionales que permitan comparar con todo rigor los resultados entre Comunidades Autónomas.

IV.3.2.1. Evolución del gasto

En el año 1999, el gasto farmacéutico público del Sistema Nacional de Salud a través de Oficinas de Farmacia presentó un incremento del 9,95% situándose por debajo de la tendencia observada en los últimos años.

Esta situación ha continuado manifestándose durante 2000, 2001, 2002 y 2003 donde el gasto público farmacéutico ha presentado una tasa de crecimiento del 7,46%, 7,90 %, 9,89% y 12,15% respectivamente.

Este crecimiento del gasto (sobre todo el de 2002 y 2003), se ha producido a pesar de las medidas adoptadas hasta finales de 2003 que afectaron a la industria farmacéutica, a la distribución y a las oficinas de farmacia, pudiéndose destacar:

- Introducción en el mercado de especialidades farmacéuticas genéricas e incentivación de su prescripción.
- Bajada de márgenes de la distribución farmacéutica del 11% al 9,6%, que entró en vigor en junio de 1999.
- Reducción de los precios industriales máximos de las especialidades farmacéuticas en un 6% de promedio, cuya aplicación en el Sistema Nacional de Salud comenzó el 1 de noviembre de 1999.
- Modificación de los márgenes de las oficinas de farmacia y almacenes farmacéuticos, por la dispensación y distribución de determinadas especialidades farmacéuticas, del Real Decreto-Ley 5/2000 que entró en vigor el 1 de agosto de 2000.
- Aplicación de los descuentos por márgenes (volúmenes de ventas) de las oficinas de farmacia del Real Decreto-Ley 5/2000 que comenzó a aplicarse el 1 de agosto de 2000.
- Implantación efectiva del sistema de precios de referencia a partir del 1 de diciembre de 2000.
- Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de 18 de mayo de 2001, de revisión de oficio del precio de especialidades farmacéuticas con alguno de los cinco principios activos siguientes: atenolol, ciprofloxacino, enalapril, famotidina y omeprazol, de aplicación a partir del 18 de julio de 2001.
- Orden de 27 de diciembre de 2001, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se determinan nuevos conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades farmacéuticas, se aprueban los correspondientes precios de referencia y se revisan los precios de referencia aprobados por Orden de 13 de julio de 2000, de entrada en vigor a partir del 1 de mayo de 2002.
- Orden SCO/3215/2002, de 4 de diciembre de 2002, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se determinan nuevos conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los

correspondientes precios de referencia, de entrada en vigor a partir del 1 de mayo de 2003.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo de 2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que modifica el artículo 94.6 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre del medicamento, dando una nueva regulación al sistema de precios de referencia.
- Orden SCO/2958/2003, de 23 de octubre, del Ministerio de Sanidad y Consumo, por la que se determinan nuevos conjuntos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los correspondientes precios de referencia, de entrada en vigor a partir del 1 de enero de 2004.

El impacto de estas medidas queda absorbido, en valores relativos, una vez transcurrido un año desde su entrada en vigor, ya que se comienzan a comparar periodos en los que la medida se encuentra vigente en ambos, por lo que pierde su influencia en valores porcentuales.

EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO RECETA MEDICA SNS			
EJERCICIO	% INCREMENTO ANUAL		
	CRECIMIENTO GASTO	CRECIMIENTO RECETAS	GASTO MEDIO POR RECETA
1999	9,95%	1,38%	8,45%
2000	7,46%	4,80%	2,54%
2001	7,90%	4,12%	3,63%
2002	9,89%	6,39%	3,29%
2003	12,15%	6,83%	4,98%

IV.3.2.2. Evolución de las recetas

Durante los años 2002 y 2003 se ha producido un fuerte crecimiento en el número de recetas facturadas, significando un incremento del 6,39% y 6,83% respectivamente con respecto a los años anteriores, siendo la principal componente del crecimiento del gasto farmacéutico durante este periodo, dado el mejor comportamiento relativo del *gasto medio por receta*. Este crecimiento del número de recetas conlleva un incremento del gasto farmacéutico que se ha situado en niveles superiores a las previsiones máximas realizadas en el Acuerdo suscrito con Farmaindustria, produciéndose, finalmente, un crecimiento acumulado para 2002 del 9,89%, y un 12,15% para 2003.

El importante incremento del número de recetas registrado se ha debido principalmente al aumento de la población protegida, especialmente en el colectivo de pensionistas, y a las políticas de prevención de la enfermedad mediante la captación y tratamiento de personas con elevado factor de riesgo de desarrollar en un futuro una determinada enfermedad grave.

Durante el periodo 1999 a 2003 se ha producido un incremento notable de la población protegida y, paralelamente, se observa un incremento paulatino en el porcentaje de recetas sin aportación, con la correspondiente disminución del porcentaje de aportación que corresponde abonar al usuario en el momento de la dispensación, pasando de un 7,36% en 1999 a un 6,88% en 2002 y a un 6,85% en 2003.

El mayor incremento del gasto farmacéutico a través de receta médica del SNS en el año 2003 con respecto a 2002 se produce en Canarias (15,88%) y Melilla (15,40%). De igual manera, el incremento mayor del número de recetas facturadas al SNS en el año 2003 con respecto a 2002 se produce en Canarias (9,71%) y Melilla (8,88%).

No obstante, el número de recetas facturadas por persona protegida en el año 2003 en Canarias (16,05) y Melilla (13,39), se encuentra por debajo de la media nacional (17,56). Del mismo modo, el gasto por persona protegida en el año 2003 en Canarias (206,55€) y Melilla (143,08€), se encuentra por debajo de la media nacional (226,26€).

EVOLUCIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO RECETA MEDICA SNS					
EJERCICIO	% INCREMENTO ANUAL				
	POBLACIÓN PROTEGIDA	GASTO	GASTO/PP/AÑO (EUROS)	RECETAS	Nº REC/PP/AÑO
2000/1999	0,81%	7,46%	6,60%	4,80%	3,96%
2001/2000	1,66%	7,90%	6,14%	4,12%	2,43%
2002/2001	1,85%	9,89%	7,90%	6,39%	4,46%
2003/2002	2,23%	12,15%	9,70%	6,83%	4,50%

GASTO FARMACÉUTICO RECETA MEDICA SNS REFERIDO A POBLACIÓN PROTEGIDA				
EJERCICIO	POBLACIÓN PROTEGIDA	% APORTACIÓN	Nº REC/PP/AÑO	GASTO/PP/AÑO EUROS
1999	37.701.409	7,36%	15,10	165,96
2000	38.005.649	7,12%	15,70	176,91
2001	38.635.900	6,99%	16,08	187,78
2002	39.350.916	6,89%	16,80	202,61
2003	40.229.889	6,85%	17,56	222,26

Crecimiento del gasto previo:	INCREMENTO 2003/2002 ²⁹		
	GP C/Ap.	GP S/Ap.	Tot Gas Previo
Andalucía	12,10%	10,31%	10,71%
Aragón	11,75%	11,04%	11,19%
Asturias (Principado de)	12,47%	12,41%	12,43%
Baleares (Islas)	14,06%	13,58%	13,70%
Canarias	17,02%	16,22%	16,44%
Cantabria	12,23%	12,03%	12,07%
Castilla y León	14,04%	12,97%	13,18%
Castilla-La Mancha	15,90%	14,67%	14,93%
Cataluña	13,00%	12,66%	12,73%
Comunidad Valenciana	13,80%	13,68%	13,71%
Extremadura	13,31%	11,96%	12,27%
Galicia	10,92%	10,98%	10,97%
Madrid (Comunidad de)	14,90%	13,35%	13,78%
Murcia (Región de)	14,30%	15,66%	15,33%
Navarra	12,74%	11,80%	12,01%
País Vasco	11,12%	9,78%	10,06%
Rioja (La)	16,91%	11,75%	12,84%
Ceuta	14,62%	13,11%	13,50%
Melilla	17,97%	14,95%	15,73%
TOTAL NACIONAL	13,36%	12,42%	12,63%

Tasa de envases de fármacos dispensados bajo la forma de genéricos

	1999	2000	2001	2002	2003
Andalucía	0,83	1,63	3,41	5,56	7,14
Aragón	1,41	3,68	5,77	7,21	9,38
Asturias (Principado de)	1,26	3,19	5,45	6,43	7,96
Baleares (Islas)	3,76	6,50	9,59	11,36	13,32
Canarias	0,60	1,54	3,13	3,69	4,28
Cantabria	2,55	5,66	8,24	10,09	13,20
Castilla y León	1,71	4,34	6,58	7,97	9,86
Castilla-La Mancha	1,97	5,24	7,39	8,34	9,90
Cataluña	1,71	3,77	6,75	8,54	11,28
Comunidad Valenciana	0,40	0,92	2,49	3,74	5,34
Extremadura	1,00	3,33	5,96	7,28	8,40
Galicia	0,35	0,74	1,72	2,50	4,10
Madrid (Comunidad de)	3,94	6,81	10,38	12,84	15,44
Murcia (Región de)	1,80	3,93	5,65	6,37	7,18
Navarra	1,60	3,05	5,88	7,98	10,13
País Vasco	1,09	2,09	4,11	5,67	7,61
Rioja (La)	1,30	3,78	6,20	7,59	9,32
Ceuta	0,84	3,47	6,11	6,86	7,41
Melilla	2,59	6,70	9,43	11,51	12,77
TOTAL NACIONAL	1,47	3,11	5,34	6,95	8,85

²⁹ Esta tabla muestra el crecimiento porcentual con respecto al año 2002 que ha tenido el gasto previo de farmacia de cada Comunidad Autónoma en 2003, es decir, el gasto farmacéutico en el que no se han

IV.3.2.3. *Gasto por receta* (Tabla I y Gráfica I)

La bajada de márgenes tiene su impacto principalmente en el precio de los medicamentos, por lo que posiblemente el parámetro que va a reflejar mejor el impacto de la medida sea el crecimiento del gasto medio por receta (GMR), que no se vería influenciado por un hipotético crecimiento de recetas. De esta forma, el crecimiento del GMR ha pasado de un 8,45% en 1999, a un 2,54% en 2000, situándose en un 3,63% en 2001, en un 3,29% en 2002 y en un 4,98% en 2003

Se observa una moderación relativa en el incremento del gasto medio por receta, en la que ha influido la política de precios del Ministerio de Sanidad y Consumo y la implantación del Sistema de Precios de Referencia que, además de favorecer el consumo de Especialidades Farmacéuticas Genéricas (EFGs), ha promovido la disminución de precio de las especialidades farmacéuticas afectadas por el sistema de precios de referencia. La tasa de envases de fármacos dispensados bajo la forma de genéricos ha experimentado un crecimiento relativo en este periodo, pasando de un 1,47% en 1999 a un 8,85% en 2003, lo que ha contribuido en la evolución del GMR.

Las Comunidades Autónomas que presentan un mayor gasto medio por receta en 2003 son Asturias (13,55€) y Galicia (13,46€), con una población protegida mayor de 65 años del 22,51% y 21,65% respectivamente, por encima de la media nacional que representa un 17,09%, y con un porcentaje de aportación del usuario del 5,45% y 6,22%, por debajo de la media nacional que representa un 6,85%. Sin embargo, la tasa de envases de fármacos dispensados bajo la forma de genéricos en estas Comunidades Autónomas ha sido del 7,96% y 4,10% respectivamente, por debajo de la media nacional, que se ha situado en un 8,85% en 2003.

El gasto por receta en 2003 fue de 12,66 € en el SNS. Las CCAA con mayores valores son, de nuevo, Asturias y Galicia, y las de menores valores son Melilla, Andalucía y Madrid. El incremento del gasto por receta en el SNS entre 1999 y 2003 fue de un 15,22%, valor inferior al aumento del importe por receta, probablemente debido a la aplicación del RDL 5/2000. El rango de valores oscila entre un 9,72% de crecimiento en el País Vasco al 21,16% en las Islas Baleares.

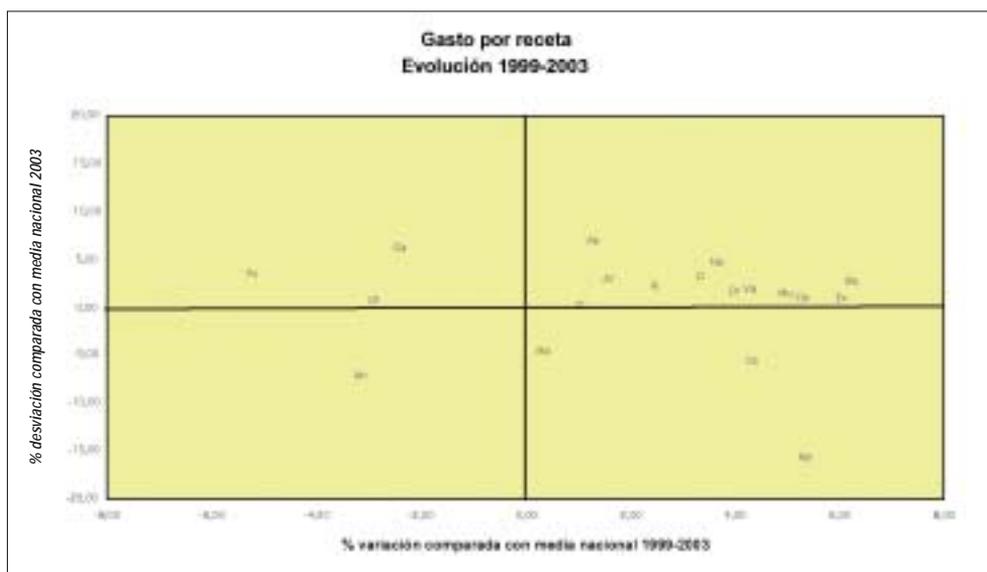
En la Gráfica I destaca el hecho de que 12 CCAA tienen valores superiores a la media y han crecido más que la media. Únicamente Andalucía tiene un valor inferior a la media en ambos parámetros.

descontado las cantidades establecidas por el RD 5/2000, que se aplican a la facturación de las oficinas de farmacia al SNS, en función del volumen de dicha facturación. En la primera columna figura el porcentaje de incremento del gasto previo del colectivo de personas protegidas que deben abonar una aportación económica para el acceso a la medicación financiada por el SNS. La segunda columna se refiere al gasto previo del colectivo sin aportación y la tercera columna, al gasto previo total.

TABLA I - GASTO POR RECETA EN EL SNS

	2003 Gasto/rec	% Desviación s/ valor nacional	% Inc 2003- 1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	11,78	-6,94	12,08	-3,14
Aragón	13,04	3,01	16,53	1,31
Asturias (Principado de)	13,55	7,04	16,21	0,99
Baleares (Islas)	13,00	2,69	21,16	5,93
Canarias	12,87	1,67	18,95	3,73
Cantabria	12,69	0,24	16,00	0,78
Castilla y León	13,07	3,25	18,28	3,06
Castilla-La Mancha	12,79	1,03	20,21	4,99
Cataluña	12,77	0,88	12,02	-3,20
Comunidad Valenciana	12,92	2,06	19,19	3,97
Extremadura	12,80	1,11	20,98	5,76
Galicia	13,46	6,33	12,54	-2,68
Madrid (Comunidad de)	12,08	-4,57	15,27	0,05
Murcia (Región de)	12,85	1,51	19,87	4,65
Navarra	13,27	4,83	18,59	3,37
País Vasco	13,10	3,48	9,72	-5,51
Rioja (La)	12,94	2,22	17,42	2,20
Ceuta	11,95	-5,60	19,26	4,04
Melilla	10,69	-15,56	20,25	5,03
TOTAL NACIONAL	12,66	----	15,22	----

GRÁFICA I



IV.3.2.4. *Importe por receta* (Tabla II y Gráfica II)

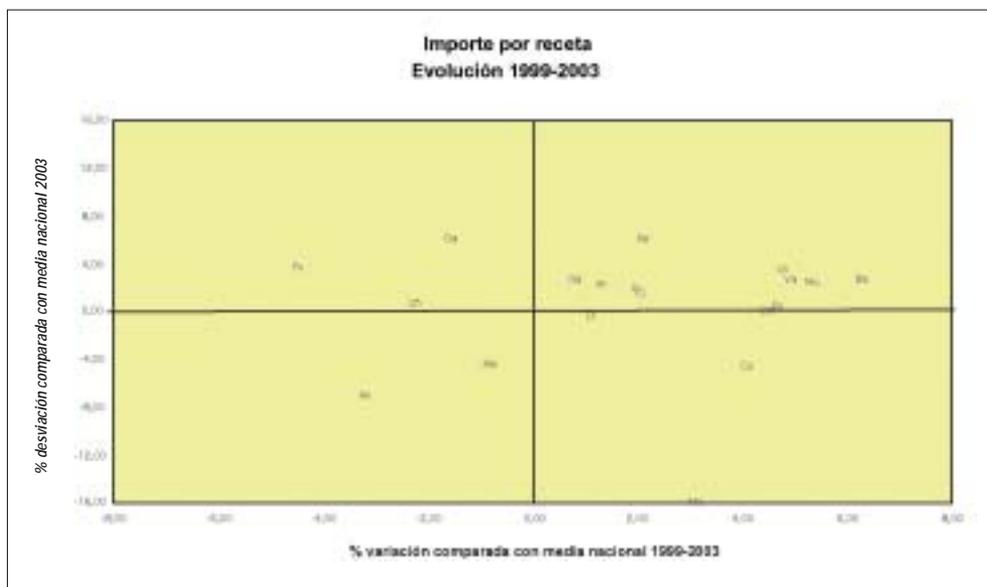
La Tabla II facilita el importe por receta en cada Comunidad Autónoma en 2003. Siendo la media nacional 14,06 €, se observan destacables desviaciones respecto de este valor, tanto por encima como por debajo. Como valores superiores aparecen Galicia, con un 6,30% de desviación, y Asturias, con un 6,28%. Como valores mínimos, además de Melilla, con un -15,76% de desviación, destacan Madrid (-4,31%) y Andalucía (-6,87%). Estos datos deben ser analizados junto con el incremento que el mismo indicador ha presentado en el periodo 1999-2003. En este caso, frente a un 18,52% de crecimiento medio estatal, el mayor incremento lo marca Murcia con un 23,54%, y el mínimo, 15,33%, Andalucía.

La Gráfica II muestra la distribución de las CCAA en función de dos valores: en abscisas, el porcentaje de variación con respecto a la media estatal del importe por receta de cada Comunidad Autónoma entre 1999 y 2003; en ordenadas, el porcentaje de desviación con respecto a la media estatal del importe por receta de cada Comunidad Autónoma en 2003. En el origen de coordenadas se sitúa el valor medio del SNS. De este modo, las CCAA situadas en el cuadrante superior derecho (Asturias, Baleares, etc.) son las que mayores desviaciones tienen con respecto a la media nacional en ambos valores. Por el contrario, en el cuadrante inferior izquierdo se sitúan las CCAA con menores desviaciones (Andalucía y Madrid). Los otros dos cuadrantes incluyen CCAA que tienen desviaciones positivas en un parámetro y negativas en el otro.

TABLA II - IMPORTE POR RECETA EN EL SNS

		2003 Imp/rec	% Desviación s/ valor nacional	% Inc 2003- 1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	An	13,09	-6,87	15,33	-3,19
Aragón	Ar	14,40	2,45	19,50	0,99
Asturias (Principado de)	As	14,94	6,28	20,27	1,75
Baleares (Islas)	Ba	14,45	2,81	24,46	5,95
Canarias	Ca	14,55	3,52	22,99	4,48
Cantabria	Ct	14,01	-0,32	19,34	0,82
Castilla y León	Cl	14,28	1,60	20,30	1,79
Castilla-La Mancha	Cm	14,07	0,10	22,67	4,15
Cataluña	Cñ	14,17	0,82	15,96	-2,56
Comunidad Valenciana	Va	14,44	2,74	23,10	4,59
Extremadura	Ex	14,13	0,53	22,87	4,35
Galicia	Ga	14,94	6,30	16,64	-1,88
Madrid (Comunidad de)	Ma	13,45	-4,31	17,36	-1,15
Murcia (Región de)	Mu	14,43	2,66	23,54	5,03
Navarra	Na	14,46	2,88	19,01	0,50
País Vasco	Pv	14,58	3,73	13,73	-4,79
Rioja (La)	Ri	14,33	1,95	20,22	1,70
Ceuta	Ce	13,43	-4,45	22,31	3,80
Melilla	Me	11,84	-15,76	21,31	2,80

GRÁFICA II



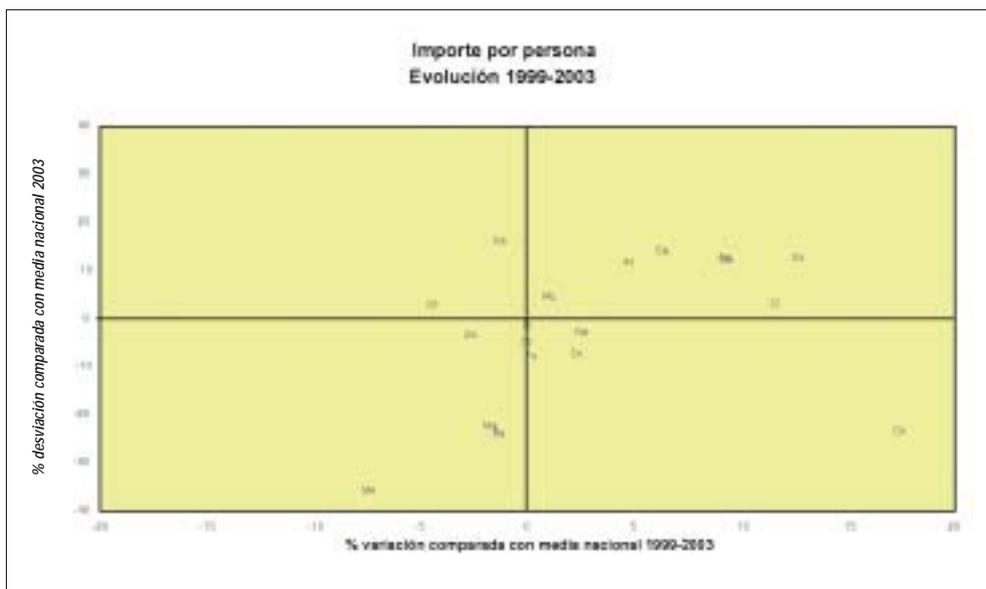
IV.3.2.5. *Importe por persona* (Tabla III y Gráfica III)

El importe medio por persona protegida en el año 2003 y para el conjunto del SNS fue de 222,26 €, lo que supone un 33,93% más que en 1999. El análisis conjunto de la Tabla III y de la Gráfica III revela que las CCAA de Extremadura, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Asturias, Galicia, Aragón y Murcia tienen cifras superiores a la media en ambos porcentajes de desviación. Por el contrario, Melilla, Baleares, Madrid y Andalucía presentan cifras inferiores.

TABLA III - IMPORTE POR PERSONA EN EL SNS

	2003 importe por persona	% Desviación s/ valor nacional	% Inc 2003- 1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	214,75	-3,38	31,29	-2,64
Aragón	247,91	11,54	37,97	4,04
Asturias (Principado de)	250,70	12,80	42,37	8,45
Baleares (Islas)	169,31	-23,82	31,83	-2,10
Canarias	206,55	-7,07	35,52	1,59
Cantabria	212,21	-4,52	33,16	-0,76
Castilla y León	229,89	3,44	44,81	10,89
Castilla-La Mancha	249,46	12,24	42,52	8,59
Cataluña	228,52	2,82	28,71	-5,22
Comunidad Valenciana	258,74	16,42	31,90	-2,03
Extremadura	250,84	12,86	45,87	11,94
Galicia	254,55	14,53	39,48	5,55
Madrid (Comunidad de)	172,50	-22,39	31,42	-2,51
Murcia (Región de)	233,13	4,89	34,17	0,24
Navarra	216,00	-2,81	35,74	1,81
País Vasco	204,98	-7,77	33,40	-0,53
Rioja (La)	219,96	-1,04	33,33	-0,59
Ceuta	170,51	-23,29	50,55	16,62
Melilla	143,08	-35,63	25,75	-8,18
TOTAL NACIONAL	222,26	----	33,93	----

GRÁFICA III



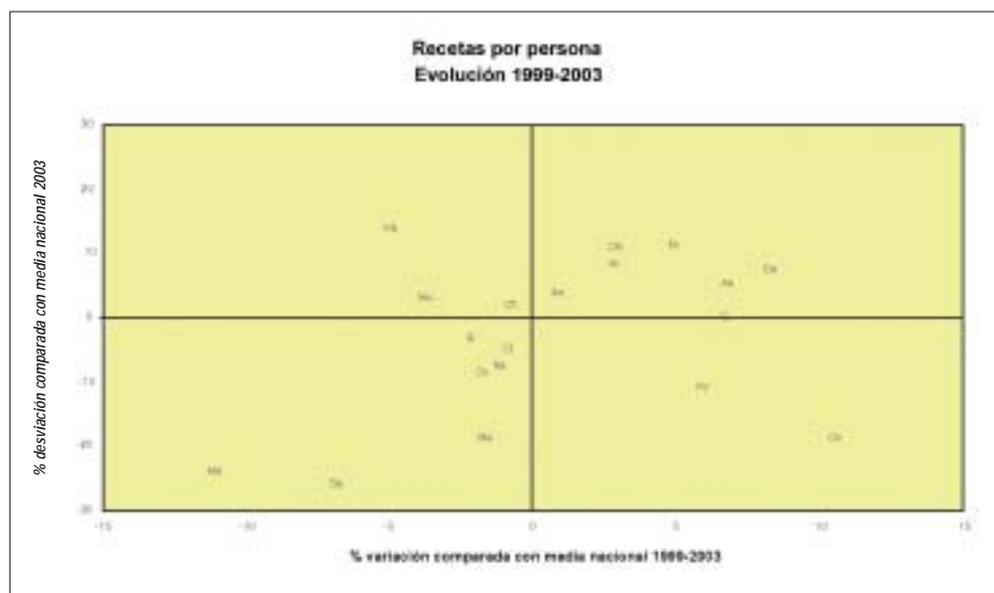
IV.3.2.6. *Recetas por persona* (Tabla IV y Gráfica IV)

El número de recetas por persona protegida en el año 2003 y para el conjunto del SNS fue de 17,56, un 16,24% más que en 1999. El análisis conjunto de la Tabla IV y de la Gráfica IV muestra que las CCAA de Galicia, Asturias, Extremadura, Castilla-La Mancha, Aragón y Andalucía tienen cifras superiores a la media en ambos porcentajes de desviación. Por el contrario, Melilla, Baleares, Madrid, Canarias, Navarra, Cantabria y La Rioja presentan cifras inferiores.

TABLA IV - RECETAS POR PERSONA EN EL SNS

	2003 recetas por persona	% Desviación s/ valor nacional	% Inc 2003- 1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	18,22	3,80	17,11	0,87
Aragón	19,02	8,31	18,47	2,24
Asturias (Principado de)	18,50	5,35	22,46	6,22
Baleares (Islas)	13,02	-25,83	8,79	-7,44
Canarias	16,05	-8,61	13,89	-2,34
Cantabria	16,72	-4,74	14,79	-1,44
Castilla y León	17,59	0,16	22,43	6,20
Castilla-La Mancha	19,50	11,08	18,51	2,27
Cataluña	17,89	1,92	14,91	-1,32
Comunidad Valenciana	20,03	14,07	10,62	-5,61
Extremadura	19,60	11,64	20,63	4,40
Galicia	18,91	7,72	23,91	7,67
Madrid (Comunidad de)	14,28	-18,68	13,99	-2,25
Murcia (Región de)	18,14	3,31	11,91	-4,33
Navarra	16,28	-7,26	14,51	1,73
País Vasco	15,64	-10,90	21,57	5,34
Rioja (La)	16,99	-3,20	13,55	-2,68
Ceuta	14,27	-18,73	26,22	9,99
Melilla	13,39	-23,74	4,56	-11,68
TOTAL NACIONAL	17,56	----	16,24	----

GRÁFICA IV



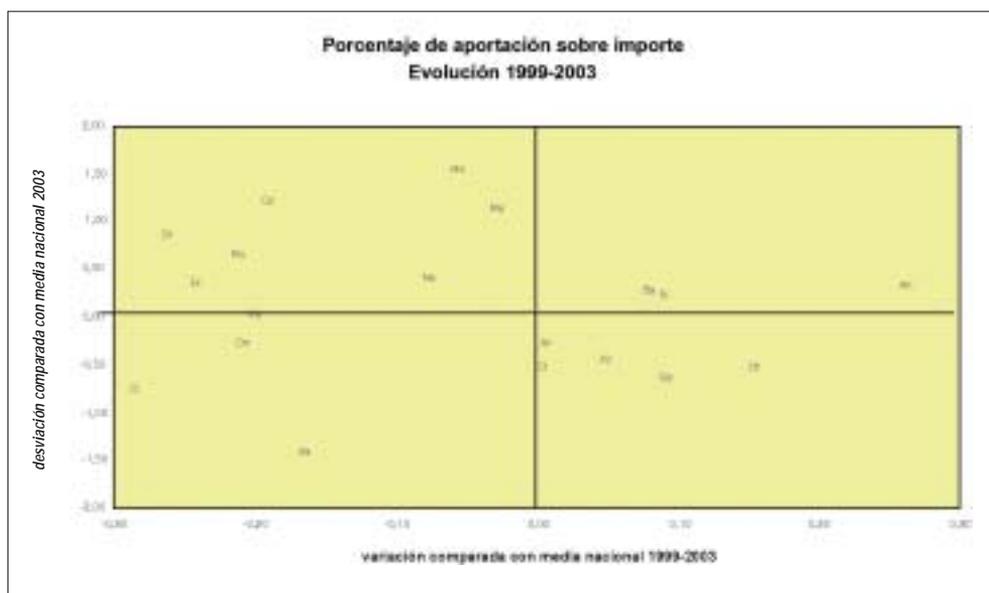
IV.3.2.7. Porcentaje de aportación sobre importe facturado (Tabla V y Gráfica V)

La aportación media de las personas protegidas por la prestación farmacéutica del SNS descendió en el periodo 1999-2003 un 0,51%, situándose en el último año en un 6,85% del importe facturado. Existe una amplia variabilidad entre las CCAA, puesto que el dato oscila desde un 8,40% de aportación en Melilla a un 5,45% de aportación en Asturias. También se observa esta variabilidad en el comportamiento para el periodo 1999-2003, de manera que, frente a un decremento de 0,25 puntos en Andalucía, nos encontramos con que Castilla y León decrece 0,81 puntos.

TABLA V - APORTACIÓN SOBRE IMPORTE FACTURADO DEL SNS

	2003 % aportación sobre importe	Diferencia 2003-1999	% Inc 2003- 1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	7,18	0,33	-0,25	0,26
Aragón	6,57	-0,27	-0,52	0,00
Asturias (Principado de)	5,45	-1,39	-0,69	-0,18
Baleares (Islas)	7,14	0,30	-0,44	0,07
Canarias	7,73	0,88	-0,78	-0,27
Cantabria	6,34	-0,51	-0,52	-0,01
Castilla y León	6,09	-0,76	-0,81	-0,30
Castilla-La Mancha	6,58	-0,27	-0,73	-0,22
Cataluña	6,34	-0,51	-0,37	0,14
Comunidad Valenciana	6,88	0,04	-0,72	-0,21
Extremadura	7,22	0,38	-0,76	-0,25
Galicia	6,22	-0,63	-0,43	0,08
Madrid (Comunidad de)	8,01	1,16	-0,55	-0,04
Murcia (Región de)	7,52	0,67	-0,74	-0,22
Navarra	7,26	0,41	-0,60	-0,09
País Vasco	6,40	-0,44	-0,47	0,04
Rioja (La)	7,08	0,23	-0,43	0,08
Ceuta	8,08	1,23	-0,71	-0,20
Melilla	8,40	1,55	-0,58	-0,07
TOTAL NACIONAL	6,85	----	-0,51	----

GRÁFICA V

IV.3.2.8. *Evolución de la población* (Tabla VI y Gráfica VI)

La población protegida por la prestación farmacéutica³⁰ del SNS fue en 2003 de 40.229.889 personas, con un incremento de un 6,71% para el conjunto del periodo 1999-2003. Las CCAA con mayores incrementos de población son Baleares, con un 16,07%, seguido de Canarias, 13,85%, y Murcia, 13,23%, además de Melilla (25,32%). Pierde población Asturias, un 0,76%, Extremadura, 0,11% y Castilla y León con un 0,03%.

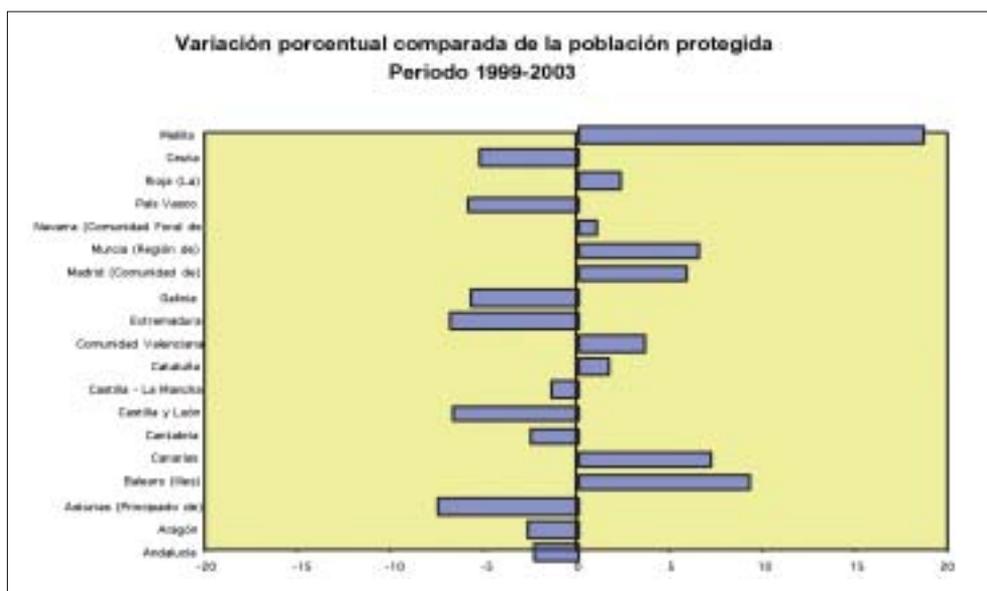
La Gráfica VI representa la variación porcentual comparada de la población protegida para el periodo 1999-2003.

³⁰ La población protegida por la prestación farmacéutica se calcula como la población del Padrón a 1 de enero del año correspondiente menos el colectivo total de las Mutualidades de funcionarios públicos a 31 de diciembre del año anterior.

TABLA VI - POBLACIÓN PROTEGIDA DE FARMACIA EN EL SNS

	1999	2000	2001	2002	2003	% Inc 2003- 1999	Desviación s/ valor nacional
Andalucía	6.793.393	6.826.380	6.897.754	6.968.888	7.094.605	4,43	-2,27
Aragón	1.099.745	1.102.753	1.112.741	1.130.500	1.144.560	4,08	-2,63
Asturias (Principado de)	1.028.677	1.020.862	1.019.965	1.019.157	1.020.879	-0,76	-7,46
Baleares (Islas)	780.490	803.773	836.509	875.261	905.886	16,07	9,36
Canarias	1.567.720	1.610.122	1.673.329	1.734.888	1.784.845	13,85	7,14
Cantabria	500.851	503.660	510.199	514.835	522.256	4,27	-2,43
Castilla y León	2.295.857	2.286.960	2.286.600	2.288.079	2.295.241	-0,03	-6,73
Castilla - La Mancha	1.619.958	1.628.768	1.649.035	1.674.144	1.707.011	5,37	-1,33
Cataluña	5.983.949	6.043.802	6.145.746	6.292.396	6.490.498	8,47	1,76
Comunidad Valenciana	3.865.359	3.919.495	4.000.007	4.120.781	4.263.191	10,29	3,59
Extremadura	996.385	991.161	995.318	994.689	995.323	-0,11	-6,81
Galicia	2.555.741	2.558.016	2.561.043	2.565.156	2.579.553	0,93	-5,77
Madrid (Comunidad de)	4.674.848	4.740.559	4.912.615	5.066.336	5.260.458	12,53	5,82
Murcia (Región de)	1.042.449	1.060.247	1.101.562	1.138.397	1.180.413	13,23	6,53
Navarra (Comunidad Foral de)	513.927	519.843	531.936	545.237	553.980	7,79	1,09
País Vasco	2.034.441	2.033.914	2.036.725	2.044.418	2.049.676	0,75	-5,96
Rioja (La)	246.718	245.590	251.791	263.059	268.949	9,01	2,30
Ceuta	58.170	58.701	59.417	60.340	59.016	1,45	-5,25
Melilla	42.731	51.043	53.608	54.355	53.549	25,32	18,61
TOTAL NACIONAL	37.701.409	38.005.649	38.635.900	39.350.916	40.229.889	6,71	----

GRÁFICA VI



IV.3.2.9. *Análisis comparado de algunos indicadores* (Gráficas VII y VIII)

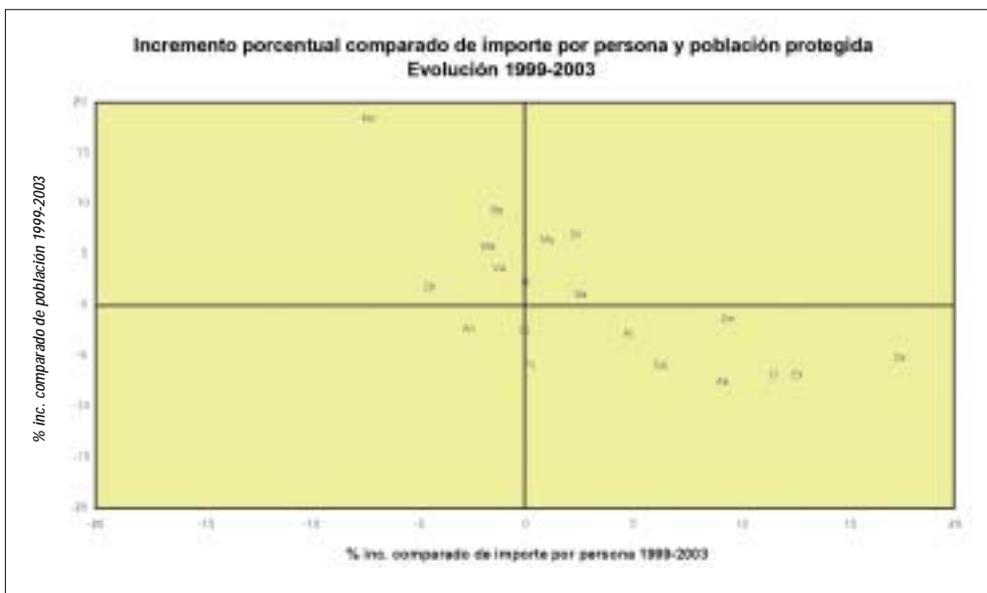
La Gráfica VII recoge la distribución de las CCAA de acuerdo con sus desviaciones con respecto a la media estatal en el indicador de importe por persona y en la población protegida, con el fin de mostrar cómo de la confluencia de ambos valores puede explicarse el crecimiento del importe facturado en farmacia.

En este sentido, de la gráfica se desprende que existe una serie de CCAA donde la explicación del incremento de importe facturado puede deberse en mayor medida al crecimiento de su población, más que al aumento del importe por persona (ligado a la morbilidad y al coste del producto farmacéutico). Así, en el cuadrante superior izquierdo nos encontramos con que Melilla, Baleares, Madrid, Valencia y Cataluña estarían en esta situación. Por el contrario, Aragón, Galicia, Castilla-La Mancha, Asturias, Castilla y León, Extremadura y Ceuta tuvieron aumentos de importe por persona mayores que la media, junto a aumentos de población inferiores a la media. En estas CCAA el incremento del importe facturado no se ha debido tanto al aumento de población como al aumento del importe por receta, al menos en comparación con el conjunto del SNS.

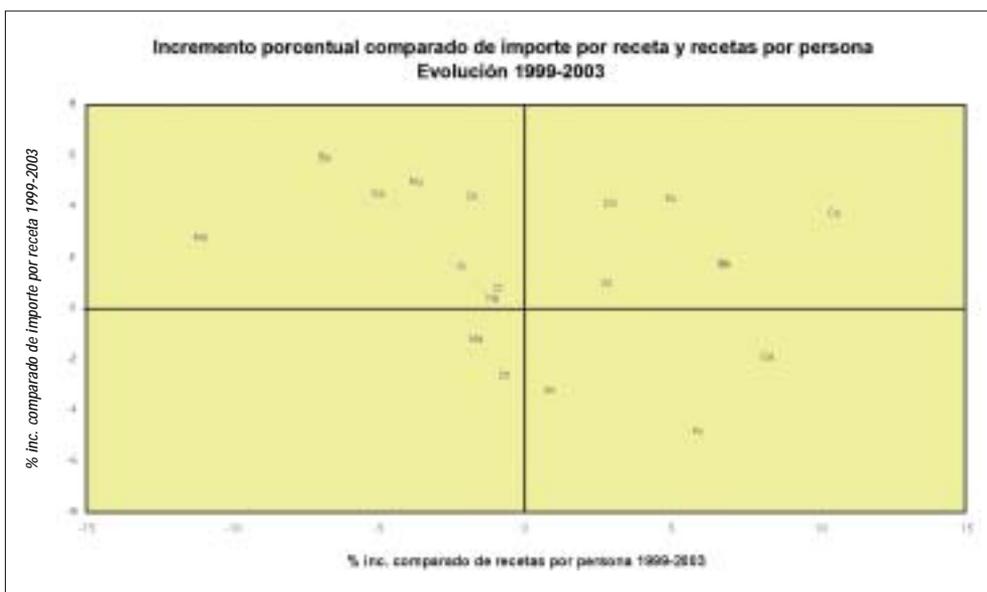
La Gráfica VIII recoge la distribución de las CCAA de acuerdo con sus desviaciones con respecto a la media estatal en los indicadores de importe por receta y recetas por persona, con el fin de mostrar cómo de la confluencia de ambos valores puede explicarse el crecimiento del importe por persona.

Ceuta, Asturias, Castilla y León, Extremadura, Castilla-La Mancha y Aragón han incrementado sus recetas por persona por encima de la media del SNS y, además, tienen un aumento del importe por receta para el periodo 1999-2003 también superior a la media. La situación contraria se produce en Cataluña y Madrid.

GRÁFICA VII



GRÁFICA VIII



IV.4. RESULTADOS EN SALUD

INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD Y GASTO SANITARIO

Dentro de este apartado se analizan dos grupos de indicadores. Por una parte, indicadores del estado de salud de la población y, por otra, indicadores de satisfacción de los usuarios con el sistema sanitario.

Las medidas de salud basadas en la mortalidad son las más utilizadas para evaluar el estado de salud de la población. Los indicadores de mortalidad, como la esperanza de vida, la mortalidad global o la mortalidad por causa de muerte constituyen un instrumento adecuado para valorar el estado de salud.

Se ha descartado la esperanza de vida porque es un indicador muy estable del que no caben esperar variaciones en el periodo de análisis. Por ello, se utilizarán como indicadores para este análisis las tasas de mortalidad global y las específicas por causa de muerte, así como la mortalidad infantil y la perinatal.

Los datos base sobre mortalidad son las estadísticas de defunciones del Instituto Nacional de Estadística. Para los indicadores de satisfacción se ha utilizado el Barómetro Sanitario que elabora anualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo.

IV.4.1. Mortalidad

En el año 2002 (INE, últimos datos disponibles), se produjeron en España 368.618 defunciones, de las que 193.269 correspondieron a varones y 175.349 a mujeres. La tasa bruta de mortalidad se situó en 892 fallecidos por cada 100.000 habitantes, lo que supone un aumento del 2,4% respecto al año anterior.

Los resultados proporcionados por el INE muestran el perfil epidemiológico clásico de nuestro país y que se corresponde con los países de su entorno socioeconómico: enfermedades cardiovasculares y cáncer como primeras causas de muerte y, más concretamente, las enfermedades cerebrovasculares y cáncer de mama en mujeres y la enfermedad isquémica del corazón y el cáncer de pulmón en hombres.

Número de defunciones según las principales causas de muerte y sexo. Año 2002

	Total	Varones	Mujeres
Total enfermedades	368.618	193.269	175.349
Enfermedades isquémicas del corazón	39.400	22.281	17.119
Enfermedades cerebrovasculares	35.947	14.929	21.018
Insuficiencia cardiaca	18.986	6.336	12.650
Cáncer de bronquios y pulmón	18.095	15.979	2.116
Enf. crónicas vías respiratorias inferiores	16.841	12.479	4.362
Demencia	10.971	3.415	7.556
Diabetes	9.754	3.765	5.989
Cáncer de colon	9.126	5.050	4.076
Neumonía	7.872	4.119	3.753
Enfermedad de Alzheimer	6.814	2.139	4.675
Cáncer de Estómago	5.786	3.568	2.218
Cáncer de mama de la mujer	5.772	----	5.772
Insuficiencia renal	5.705	2.872	2.833
Cáncer de próstata	5.678	5.678	----
Enfermedad hipertensiva	5.533	1.729	3.804
Accidentes de tráfico	5.456	4.174	1.282

Fuente INE

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares permanece como primera causa de muerte en España, representando el 34,1% del total de defunciones. Dentro de este grupo, las enfermedades isquémicas del corazón (infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.) se mantienen como la primera causa de muerte, con 39.400 fallecidos.

También se mantienen en segundo lugar los tumores, como responsables del 26,5% del total de fallecimientos. En el año 2002 se produjeron 97.784 defunciones por esta causa, 70 más que en el año 2001.

De igual modo, refleja dos hechos de gran trascendencia sociosanitaria, que también se observa en otros países del entorno: el aumento de la mortalidad por enfermedad de Alzheimer y la disminución en la mortalidad por SIDA e infección por VIH.

La enfermedad de Alzheimer fue la responsable de 6.814 muertes en el año 2002, un 8,5% más que el año 2001. Por su parte, la mortalidad por SIDA/VIH continúa descendiendo y en el año 2002 fue responsable de 1.614 muertes, un 1,3% menos que en el 2001.

Mortalidad por Comunidades Autónomas

La mortalidad está directamente relacionada con el envejecimiento de la población y así lo reflejan los datos por comunidades autónomas. En el año

2002 las tasas más altas de fallecidos por cada 100.000 habitantes correspondieron a Asturias (1.170,9), Aragón (1.073,2) y Castilla y León (1.072,6).

Mortalidad 2002			
	Número defunciones	Tasa por 10.000 habitantes	Índice ajustado por edad
Total nacional	368.618	892,23	100
Andalucía	61.742	833,62	110,7
Aragón	12.985	1.073,24	95,6
Asturias (Principado de)	12.424	1.170,89	105,7
Baleares (Islas)	7.114	799,74	103,4
Canarias	11.863	658,59	101,9
Cantabria	5.278	982,42	97,8
Castilla y León	26.349	1.072,58	90,4
Castilla-La Mancha	17.577	990,08	98
Cataluña	57.862	901,5	97
Comunidad Valenciana	38.023	900,34	106,4
Extremadura	10.549	995,42	101,9
Galicia	28.353	1.051,33	97,4
Madrid (Comunidad de)	39.281	714,22	87,4
Murcia (Región de)	9.441	776,53	107,3
Navarra (Comunidad Foral de)	4.989	890,52	91,4
País Vasco	18.627	893,32	96,1
Rioja (La)	2.634	942,87	95
Ceuta y Melilla	955	691,79	

Mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en España

El número de defunciones por 100.000 habitantes (tasa bruta de mortalidad) es 112 en hombres y 83 en mujeres. El índice de mortalidad (ajustado por edad) por esta enfermedad ha presentado en las últimas décadas una tendencia descendente. Así, por ejemplo, desde el año 1990, el riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ha descendido en España un 13%, tanto en hombres como en mujeres.

Enfermedad isquémica del corazón

Año	Tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes		Índice de mortalidad ajustado por edad	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1990	102,9	71,6	100,0	100,0
1991	107,8	74,1	101,3	100,1
1992	107,5	74,2	99,5	98,4
1993	109,9	77,1	100,2	100,3
1994	108,3	76,4	97,1	97,3
1995	112,2	80,6	98,9	100,3
1996	116,2	83,2	100,3	101,0
1997	116,2	83,5	98,3	99,0
1998	118,8	85,7	98,5	98,9
1999	119,8	86,4	97,2	97,4
2000	115,4	82,3	92,0	90,8
2001	112,6	80,8	88,7	87,5
2002	112,3	82,7	87,0	87,5

Las comunidades que presentan una mayor mortalidad por esta enfermedad en hombres y en mujeres son Canarias, Asturias, Andalucía y Comunidad Valenciana. Por su parte, las comunidades que presentan menor mortalidad son Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid y País Vasco en hombres y Castilla y León, País Vasco, La Rioja y Navarra en mujeres.

Enfermedad isquémica del corazón

	Hombres	Mujeres
España	100%	100%
Andalucía	120,7	132,9
Aragón	87,0	81,5
Asturias	124,5	123,2
Baleares	95,0	101,8
Canarias	131,1	153,2
Cantabria	87,2	80,4
Castilla-La Mancha	79,9	88,3
Castilla y León	78,7	78,8
Cataluña	88,5	87,1
Comunidad Valenciana	118,8	122,3
Extremadura	102,8	105,8
Galicia	94,6	86,7
Madrid	81,0	83,9
Murcia	99,0	104,4
Navarra	97,1	75,7
País Vasco	83,5	64,8
La Rioja	84,1	77,1
Ceuta	115,9	133,6
Melilla	105,7	37,9

Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en España

El número de defunciones por 100.000 habitantes es 75 en hombres y 102 en mujeres. El índice de mortalidad por esta enfermedad ha presentado en las últimas décadas una importante tendencia descendente. Así, por ejemplo, desde el año 1990 el riesgo de mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha descendido en España alrededor del 40% en ambos sexos.

Enfermedad cerebrovascular

Año	Tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes		Índice de mortalidad ajustado por edad	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1990	92,7	128,7	100,0	100,0
1991	95,1	130,5	99,0	98,1
1992	90,3	124,8	92,4	91,9
1993	89,3	124,2	90,0	89,8
1994	87,1	122,5	85,8	86,6
1995	86,7	116,5	83,4	80,5
1996	83,0	114,2	77,8	77,1
1997	80,6	111,3	73,5	73,2
1998	81,6	111,0	72,5	71,0
1999	82,9	111,9	71,7	70,0
2000	76,9	105,8	65,2	64,8
2001	76,0	105,0	63,2	63,0
2002	75,2	101,5	61,3	59,7

Las comunidades que presentan una mayor mortalidad por esta enfermedad son Andalucía, Murcia y Extremadura, mientras que Madrid, Castilla y León y Navarra son las Comunidades Autónomas que presentan la menor mortalidad.

Enfermedad cerebrovascular

	Hombres	Mujeres
España	100,0	100,0
Andalucía	135,7	139,5
Aragón	101,4	91,5
Asturias	93,9	93,6
Baleares	104,9	100,4
Canarias	90,0	77,0
Cantabria	99,1	90,1
Castilla-La Mancha	105,2	107,5
Castilla y León	76,3	85,6
Cataluña	89,8	86,2
Comunidad Valenciana	109,0	112,4
Extremadura	116,8	117,1
Galicia	100,7	110,7
Madrid	64,6	66,9
Murcia	125,1	128,6
Navarra	85,9	72,4
País Vasco	100,7	88,4
La Rioja	100,6	82,5
Ceuta	82,1	93,1
Melilla	53,4	47,9

Mortalidad por tumor maligno de traquea, bronquios y pulmón en España

El número de defunciones por 100.000 habitantes es 81 en hombres y 10 en mujeres. El índice de mortalidad por este tumor maligno en hombres alcanzó un nivel máximo en España a mediados de los años noventa y desde entonces ha experimentado un lento, pero paulatino, descenso. En la actualidad el riesgo de mortalidad por tumor maligno de traquea, bronquios y pulmón en hombres es un 5% inferior al riesgo observado en 1995. En cambio, en mujeres, la mortalidad por este tumor ha experimentado un aumento continuado desde el inicio de los años noventa. Concretamente, el riesgo de mortalidad desde el año 1990 se ha incrementado un 33%.

Tumor maligno de traquea, bronquios y pulmón

Año	Tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes		Índice de mortalidad ajustado por edad	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1990	66,2	6,7	100,0	100,0
1991	68,8	7,1	100,8	104,6
1992	71,4	7,0	103,1	102,1
1993	73,8	7,3	105,1	103,9
1994	75,8	7,5	106,6	106,3
1995	77,8	7,9	107,7	109,9
1996	76,4	7,9	104,0	108,6
1997	77,5	8,4	104,0	114,3
1998	80,0	8,8	105,7	117,9
1999	80,6	8,9	105,3	117,7
2000	79,2	9,2	102,1	122,2
2001	82,5	9,5	105,5	125,4
2002	80,6	10,2	101,9	133,4

En hombres, las comunidades que presentan una mayor mortalidad por este tumor son Extremadura, Asturias y Andalucía, mientras que Castilla y León, Canarias y La Rioja son las que presentan la menor mortalidad. En mujeres, Navarra, Baleares y Canarias son las comunidades que presentan mayor mortalidad, mientras que La Rioja, Extremadura y Andalucía son las que presentan una menor mortalidad por este tumor.

Índice de mortalidad de tumor maligno de bronquios, traquea y pulmón

	Hombres	Mujeres
España	100,0	100,0
Andalucía	113,6	74,6
Aragón	88,2	98,6
Asturias	115,2	99,4
Baleares	105,3	120,1
Canarias	86,9	134,9
Cantabria	113,0	97,0
Castilla-La Mancha	92,3	90,9
Castilla y León	84,8	101,0
Cataluña	100,1	109,0
Comunidad Valenciana	102,9	97,5
Extremadura	130,3	65,1
Galicia	96,9	96,4
Madrid	92,5	111,5
Murcia	110,2	93,7
Navarra	92,2	116,3
País Vasco	90,9	115,7
La Rioja	87,6	49,8
Ceuta	83,6	67,4
Melilla	123,1	33,6

Mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer en España

El número de defunciones por 100.000 mujeres es 28. El índice de mortalidad por este tumor maligno ha experimentado un descenso desde el inicio de los años noventa. Concretamente, el riesgo de mortalidad desde el año 1990 se ha reducido en un 14%.

Tumor maligno de mama en la mujer

Año	Tasa bruta de mortalidad por por 100.000 mujeres	Índice de mortalidad ajustado por edad
	Mujeres	Mujeres
1990	27,2	100,0
1991	27,5	99,6
1992	28,3	100,8
1993	29,6	104,2
1994	29,3	102,0
1995	30,1	103,2
1996	28,7	96,3
1997	28,7	95,1
1998	28,6	93,4
1999	28,1	90,2
2000	27,8	88,0
2001	28,8	90,2
2002	27,9	86,0

Murcia, Cataluña y Baleares son las comunidades que presentan mayor mortalidad y Navarra, Cantabria y Galicia las comunidades que presentan una menor mortalidad.

Existe cierta variabilidad entre CC.AA. atendiendo a las principales causa de muerte. Canarias destaca por ser la Comunidad que presenta las mayores tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y por cáncer de pulmón, y Andalucía por lo que respecta a enfermedades cerebrovasculares. Baleares, Cataluña y Murcia, son las comunidades que presentan mayor mortalidad por cáncer de mama en la mujer.

Tumor maligno de mama

	Mujeres
España	100,0
Andalucía	103,9
Aragón	101,5
Asturias	101,4
Baleares	113,0
Canarias	91,0
Cantabria	83,3
Castilla-La Mancha	98,2
Castilla y León	95,3
Cataluña	110,0
Comunidad Valenciana	104,1
Extremadura	92,6
Galicia	89,1
Madrid	94,1
Murcia	105,6
Navarra	75,8
País Vasco	92,6
La Rioja	90,1
Ceuta	113,2
Melilla	56,1

Mortalidad por Alzheimer

El número de defunciones por 100.000 habitantes es 10,8 en hombres y 22,6 en mujeres. Desde el año 1990, el índice de mortalidad por esta enfermedad se ha multiplicado por 4 en hombres y por 6 en mujeres.

Enfermedad de Alzheimer

Año	Tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes		Índice de mortalidad ajustado por edad	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1990	1,9	2,7	100,0	100,0
1991	2,0	3,3	102,5	119,3
1992	2,2	3,6	107,7	126,5
1993	2,9	4,3	140,7	147,1
1994	3,7	5,8	181,1	192,4
1995	4,4	6,8	208,0	219,6
1996	4,4	7,6	207,1	239,4
1997	4,9	8,7	220,7	267,5
1998	5,9	10,6	263,2	312,4
1999	8,7	16,8	378,1	484,0
2000	9,0	17,8	381,4	499,5
2001	10,3	20,7	426,5	567,4
2002	10,8	22,6	437,3	604,5

Los datos recogidos por el INE proporcionan al ámbito sanitario información base para realizar los diferentes estudios epidemiológicos y servir de referencia para el seguimiento evolutivo de los efectos que, sobre la supervivencia de la población, tienen las diferentes enfermedades.

Precisamente desde esta óptica debe advertirse, por ejemplo, que el incremento de la tasa de mortalidad por la enfermedad de Alzheimer debe tratarse con cautela, al menos hasta que sea posible identificar si dicho aumento, –que se aprecia en todos los países de nuestro entorno–, se debe únicamente a una mayor aparición de esta enfermedad (en una población con nuevos patrones de morbilidad, que cada vez vive más años y que, por lo tanto, padece enfermedades que en épocas anteriores no daba tiempo a desarrollar) o está también influido porque cada vez el diagnóstico es más correcto y, además, se produce una certificación mejor cumplimentada por parte de los médicos. Es necesario comprobar esta tendencia a lo largo de los próximos años, puesto que, si son ciertas estas últimas causas apuntadas, la tasa muy probablemente se estabilizará.

Las comunidades con mayor mortalidad por esta enfermedad son Baleares, Comunidad Valenciana y País Vasco en hombres y Navarra, Cataluña y Comunidad Valenciana en mujeres. Las comunidades con menor mortalidad son Cantabria, Galicia y Madrid en ambos sexos.

Enfermedad de Alzheimer		
	Hombres	Mujeres
España	100,0	100,0
Andalucía	108,0	90,9
Aragón	99,3	113,0
Asturias	111,8	121,8
Baleares	137,8	112,1
Canarias	86,7	76,8
Cantabria	56,9	67,5
Castilla-La Mancha	97,2	100,8
Castilla y León	75,3	70,9
Cataluña	119,3	132,3
Comunidad Valenciana	131,3	123,2
Extremadura	86,2	94,5
Galicia	70,2	71,6
Madrid	67,1	70,1
Murcia	92,2	111,2
Navarra	103,5	137,1
País Vasco	130,0	121,3
La Rioja	98,7	110,0
Ceuta	128,9	97,5
Melilla	113,0	52,9

Mortalidad infantil por Comunidades Autónomas

La mortalidad infantil y, sobre todo, la perinatal, están más directamente relacionadas que la mortalidad general con el funcionamiento del sistema sanitario.

En el año 2002, las tasas más altas de fallecidos durante el primer año de vida por cada 1000 nacidos vivos (mortalidad infantil) correspondieron a Ceuta (10,8), Melilla (9,5), Murcia (6,2) y La Rioja (5,4). La tasa de mortalidad media en España en este año es de 4,1.

Por lo que se refiere a la mortalidad perinatal, las tasas más altas en el año 2002 las registran Ceuta (11,2), La Rioja (7,4), Aragón (6,6), Andalucía (6,5) y Murcia (6,5), con un valor medio de 5,6.

**Tasas de mortalidad infantil y de mortalidad perinatal, según Comunidad Autónoma.
España, 1999-2002**

	Tasa de mortalidad infantil (1)				Tasa de mortalidad perinatal (2)			
	1999	2000	2001	2002	1999	2000	2001	2002
Total	4,5	4,4	4,1	4,1	5,7	5,5	5,6	5,6
Andalucía	5,2	5,0	4,6	4,9	6,8	6,4	6,4	6,5
Aragón	5,9	5,9	5,0	4,9	5,3	6,4	6,1	6,6
Asturias	3,8	3,4	5,4	4,3	4,6	6,4	6,8	6,3
Baleares	4,3	4,7	5,4	3,9	7,0	6,4	6,7	6,4
Canarias	4,9	6,4	5,2	4,2	5,5	6,6	5,8	5,8
Cantabria	2,0	2,1	1,9	3,5	0,7	7,3	2,6	3,7
Castilla-La Mancha	3,6	4,0	4,0	3,3	5,3	4,5	5,3	5,4
Castilla y León	4,0	4,0	2,6	4,9	5,5	5,7	5,5	5,7
Cataluña	4,4	3,5	3,3	3,4	5,7	4,8	5,3	5,3
Comunidad Valenciana	3,9	3,5	3,7	3,8	4,8	4,1	4,9	4,5
Extremadura	4,6	4,9	4,4	3,3	5,4	5,9	6,2	6,0
Galicia	2,5	4,2	3,6	4,1	3,6	4,5	4,3	4,2
Madrid	3,7	4,1	3,8	3,6	4,4	4,6	4,9	4,5
Murcia	7,3	6,8	5,5	6,2	8,6	5,5	5,7	6,5
Navarra	2,0	4,0	3,0	2,6	4,5	4,5	4,5	5,4
País Vasco	4,8	3,1	3,4	3,4	6,0	7,0	5,7	5,5
La Rioja	6,2	3,8	5,4	5,4	9,2	7,2	7,8	7,4
Ceuta	10,8	10,0	3,1	10,8	17,4	15,9	7,1	11,2
Melilla	8,7	5,4	7,9	9,5	14,3	18,8	10,6	6,2

(1) Nacidos vivos que mueren en el primer año de vida por 1.000 nacidos vivos.

(2) Muertes fetales tardías (muertos después de 28 semanas de gestación) y nacidos vivos que mueren antes de 7 días por 1.000 nacidos vivos.

IV.4.2. Satisfacción de los ciudadanos con el sistema

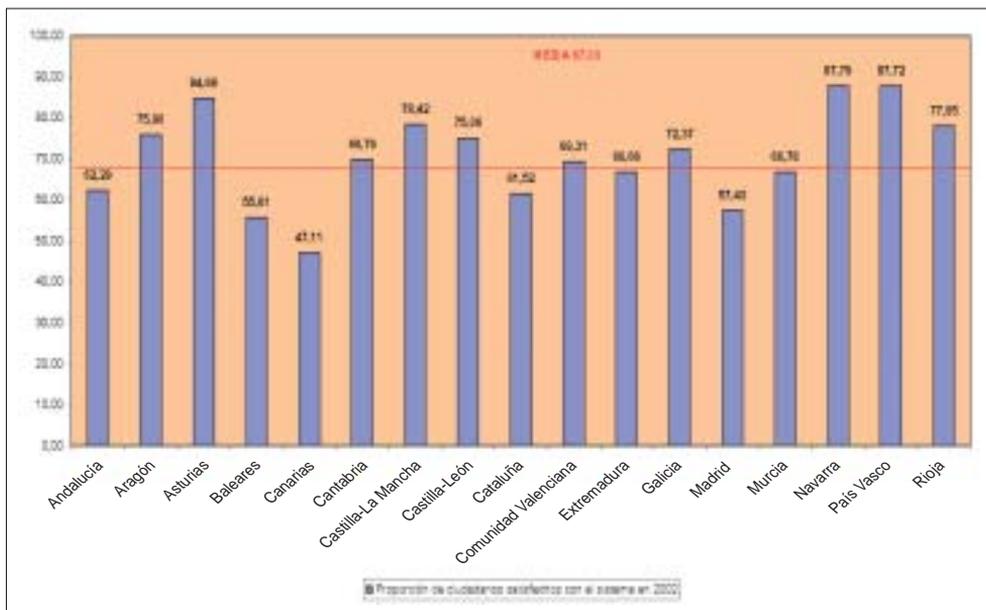
La proporción de ciudadanos satisfechos con el sistema sanitario se sitúa, en el año 2003, en un 67,03%³¹. Esta proporción ha disminuido ligeramente desde 1999, cayendo en 0,4 puntos porcentuales. Las comunidades donde mayor es la satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario público son Navarra (87,79%), País Vasco (87,72) y Asturias (84,68). Canarias, Baleares y Madrid son las CC.AA. que registran los porcentajes más reducidos.

Durante el periodo de tiempo analizado³² el grado de satisfacción se ha incrementado en las comunidades de Andalucía, Castilla y León, Castilla-la Mancha, Galicia, Navarra y País Vasco.

³¹ Consideramos ciudadanos satisfechos con el sistema sanitario aquellos cuya opinión sobre el mismo es una de las dos alternativas siguientes:

- En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien
- El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios

³² No existen datos para el año 2001.



1999

	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo
Andalucía	16,20	41,50	33,68	8,63
Aragón	27,86	54,66	12,13	5,35
Asturias	50,93	34,54	12,36	2,17
Baleares	23,01	42,47	27,44	7,08
Canarias	13,86	42,59	35,48	8,07
Cantabria	41,70	39,20	14,57	4,52
Castilla-la Mancha	22,80	48,63	23,40	5,17
Castilla-León	19,35	48,70	24,73	7,22
Cataluña	19,31	46,61	25,84	8,24
Comunidad Valenciana	26,00	46,03	23,64	4,33
Extremadura	21,67	49,44	21,68	7,22
Galicia	21,25	48,59	24,08	6,08
Madrid	18,44	40,41	31,39	9,75
Murcia	16,07	54,13	26,67	3,14
Navarra	43,70	42,81	11,07	2,43
País Vasco	32,96	51,20	13,74	2,11
Rioja	29,20	52,34	9,75	8,71
SNS	22,11	45,33	25,74	6,83

2000

	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo
Andalucía	14,54	46,54	30,02	8,91
Aragón	31,83	46,99	17,30	3,88
Asturias	45,04	33,70	15,38	5,87
Baleares	27,13	38,64	24,44	9,79
Canarias	10,55	48,82	35,34	5,28
Cantabria	21,09	45,07	28,43	5,40
Castilla-la Mancha	21,82	49,39	22,14	6,65
Castilla-León	19,20	49,98	26,15	4,67
Cataluña	20,19	41,77	30,12	7,92
Comunidad Valenciana	24,23	47,22	23,52	5,03
Extremadura	22,93	42,36	25,15	9,56
Galicia	21,49	49,80	24,55	4,17
Madrid	15,45	47,25	29,57	7,73
Murcia	20,24	47,63	28,56	3,57
Navarra	49,25	39,40	8,39	2,96
País Vasco	39,04	49,35	9,50	2,11
Rioja	41,84	45,92	8,14	4,09
SNS	21,62	46,06	25,85	6,47

2002

	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo
Andalucía	11,38	54,34	27,93	6,34
Aragón	24,29	47,50	23,93	4,29
Asturias	52,54	32,61	13,77	1,09
Baleares	16,74	41,85	33,48	7,93
Canarias	16,01	43,14	32,68	8,17
Cantabria	15,46	51,69	27,54	5,31
Castilla-la Mancha	20,12	51,22	24,09	4,57
Castilla-León	24,77	46,99	24,07	4,17
Cataluña	14,55	47,35	31,20	6,91
Comunidad Valenciana	19,06	52,88	25,18	2,88
Extremadura	17,36	41,89	33,21	7,55
Galicia	17,25	48,03	28,38	6,33
Madrid	10,03	45,99	36,42	7,56
Murcia	17,90	44,75	31,52	5,84
Navarra	42,23	42,72	14,08	0,97
País Vasco	41,40	46,24	10,75	1,61
Rioja	28,35	56,70	11,34	3,61
SNS	18,58	48,20	27,65	5,57

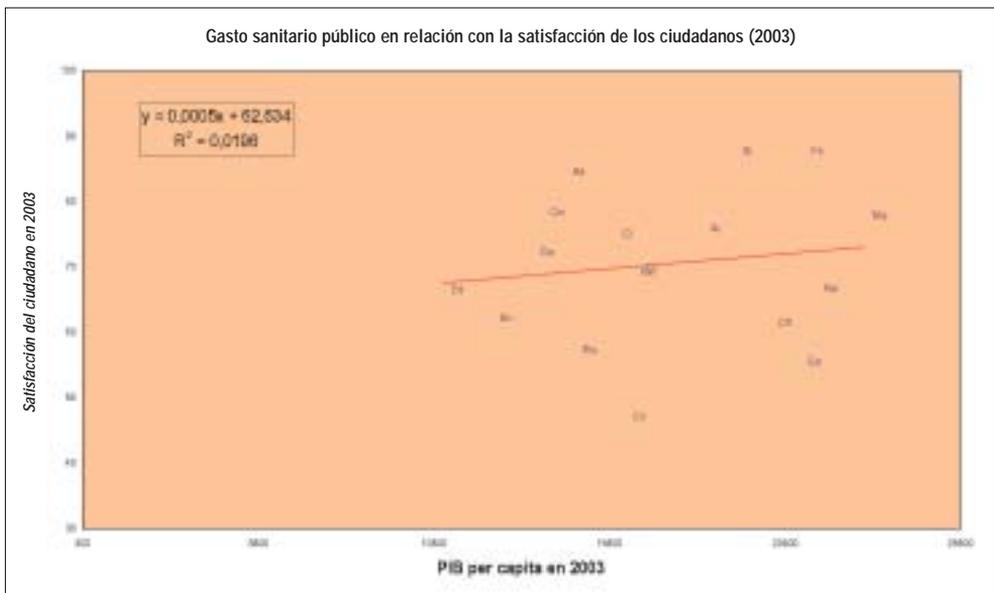
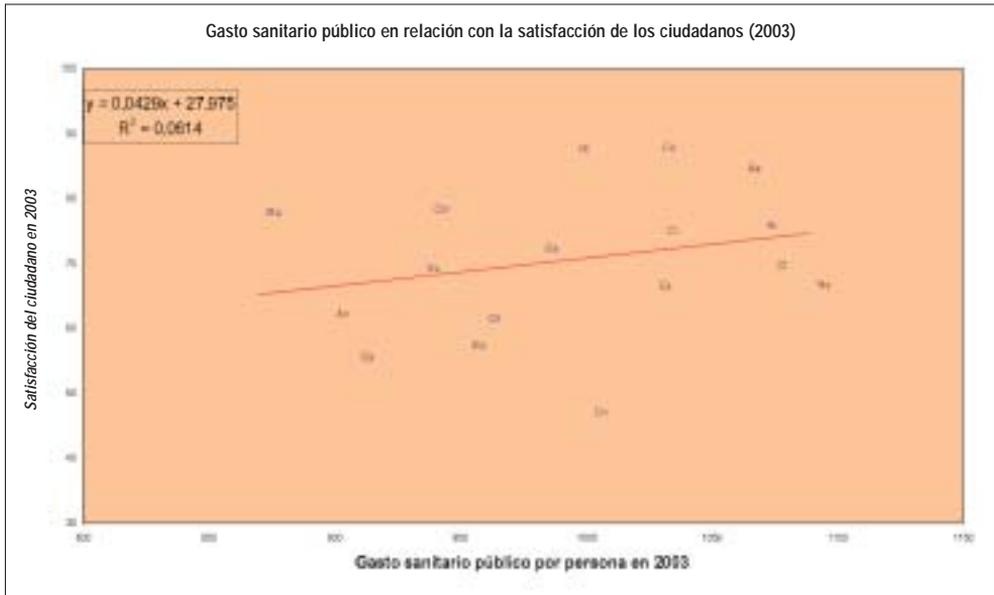
2003				
	En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo
Andalucía	14,19	48,11	30,50	7,21
Aragón	24,81	51,09	21,22	2,88
Asturias	54,76	29,92	14,59	0,73
Baleares	14,80	40,81	30,04	14,35
Canarias	10,64	36,47	43,22	9,67
Cantabria	21,46	48,29	25,37	4,88
Castilla-la Mancha	25,84	52,58	17,02	4,56
Castilla-León	30,72	44,34	19,85	5,08
Cataluña	10,62	50,90	32,25	6,23
Comunidad Valenciana	19,67	49,64	27,44	3,25
Extremadura	17,79	48,87	27,28	6,07
Galicia	17,88	54,50	21,87	5,76
Madrid	9,06	48,37	35,45	7,12
Murcia	21,90	44,89	28,92	4,30
Navarra	47,80	40,00	11,72	0,49
País Vasco	34,22	53,51	10,45	1,83
Rioja	29,74	48,21	14,87	7,18
SNS	18,81	48,21	27,30	5,67

IV.4.3. Gasto sanitario en relación con las defunciones

Por lo que respecta a los indicadores de mortalidad considerados, el gasto sanitario público sólo muestra relación con el número total de defunciones, en cuyo caso la relación es lineal. Sin embargo, no se registra relación entre gasto sanitario público y tasas de mortalidad.

IV.4.4. Gasto sanitario en relación con la satisfacción

No se detecta relación entre el gasto sanitario, tanto en términos absolutos como en términos per capita, y el grado de satisfacción.



V

PROPUESTAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO

El sector sanitario es, sin duda, un importante sector de creación de empleo y repercute claramente en la productividad de otros sectores (disminución de la incapacidad temporal, mejora del capital humano). Los fondos públicos destinados a sanidad no deben verse, por tanto, solamente desde una perspectiva de consumo de recursos, sino también de inversión en capital humano, en generación de riqueza. Además, de acuerdo con estudios internacionales³³, en España el sistema sanitario público es de gran calidad, con un gasto adecuado a su nivel de renta, algo por debajo de lo que destinan los países del entorno. Sin perjuicio de que en el foro pertinente se aborden las propuestas de financiación que se consideren oportunas, el elevado ritmo de crecimiento que en los últimos años está registrando el gasto sanitario público, tal y como muestra el estudio realizado, aconseja la puesta en marcha de medidas que vayan dirigidas a mejorar la **eficiencia y racionalizar el gasto** en el medio y largo plazo, con el fin de garantizar la sostenibilidad del SNS. En particular, la Presidencia del Grupo de Trabajo propone las siguientes:

1) El análisis del gasto sanitario público muestra que, por lo que respecta a la clasificación económica, el componente de gasto más dinámico entre 1999 y 2003 es el correspondiente al consumo intermedio, cuya tasa de crecimiento media anual alcanza el 12,16%, superando en algo más de tres puntos porcentuales a la tasa de aumento del gasto total. Asimismo, el consumo intermedio ha ganado peso en todas las Comunidades y Ciudades Autónomas durante el período considerado. En el año 2003, esta partida de gasto supone más de una quinta parte del gasto sanitario total para Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y Melilla. Tanto en Cataluña como en la ciudad de Melilla el peso que esta partida representa sobre el total llega a superar el 25%. A la vista de estos resultados, entre las medidas de racionalización del gasto sanitario puede sugerirse la **introducción de mecanismos que permitan frenar el ritmo de crecimiento de los consumos intermedios**.

Informes previos elaborados por las Cámaras de Cuentas de algunas Comunidades Autónomas³⁴ señalan que, en relación con el gasto corriente de los hospitales y centros de salud por compras de medicamentos y del resto de productos (incluidos en la partida de consumos intermedios), se utiliza en exceso el contrato

³³ Véase a este respecto el Informe anual de la Organización Mundial de la Salud para el año 2000: *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*.

³⁴ Véase, por ejemplo, los informes de fiscalización del Consejo de Contas.

menor como procedimiento de contratación y se incumplen en muchos casos los principios de publicidad, concurrencia y objetividad propios de la contratación pública. Asimismo se constata, como también ha manifestado el Tribunal de Cuentas en su informe del año 2003³⁵, una importante variabilidad en el coste que distintos centros soportan por la adquisición de un mismo producto.

Esta cuestión fue incluida en el punto 13.1.4. del orden del día a tratar en el Pleno del Consejo Interterritorial celebrado el día 23 de julio de 2003³⁶. No obstante, dicho punto no fue finalmente discutido, por lo que no se alcanzaron acuerdos al respecto.

Es de esperar que la introducción de criterios racionales en la gestión de compras conduzca a mejoras en la eficiencia significativas. Y, en particular, la introducción de **mecanismos de centralización de compras de los productos sanitarios de uso hospitalario en cada ámbito territorial**. Asimismo, el refuerzo de las garantías relativas a que la contratación y compras de los centros sanitarios públicos se realicen atendiendo a criterios de publicidad y libre concurrencia contribuiría a racionalizar el gasto sanitario y a dotar la gestión de mayor transparencia.

Los mecanismos de agrupación o centralización de compras podrían asimismo ser incentivados en el área de las inversiones (y no sólo de los gastos corrientes en bienes y servicios), tanto en la adquisición de equipamientos como de herramientas informáticas y de todo tipo de material sanitario.

2) En segundo lugar, el análisis realizado muestra claramente que el gasto en farmacia extrahospitalaria es, en lo que respecta a la clasificación funcional, la partida más dinámica entre aquéllas que tienen mayor peso (atención primaria, atención especializada y farmacia), con una tasa de crecimiento anual medio para el período considerado del 9,72% para el conjunto del SNS, que en alguna Comunidad se aproxima al 14%. El gasto farmacéutico (recetas) representa además cerca de una cuarta parte del gasto sanitario público total (23,38% en 2003), y su peso relativo ha crecido para el conjunto del Sistema Nacional de Salud entre 1999 y 2003. La racionalización de esta partida de gasto ha de suponer, por lo tanto, un ahorro potencial de importante magnitud, y ha de coadyuvar a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. El objetivo del SNS en rela-

³⁵ Informe de fiscalización sobre la contratación celebrada o en vigor en 1999 y 2000 de las adquisiciones de medicamentos y productos farmacéuticos en una muestra de hospitales de titularidad pública del Sistema Nacional de Salud.

³⁶ Punto 13.1.4. Informe del Tribunal de Cuentas sobre:

- Adquisición de medicamentos en los hospitales.
- Ajuste a la Ley de Contratos del Estado.
- Valoración de la oportunidad de acordar las condiciones generales de planificación, coordinación, contratación, adquisición y suministro de medicamentos en el Sistema.

ción con la prestación farmacéutica es **asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos**, al tiempo que la eficiencia en la utilización de los recursos destinados a esta prestación.

En este sentido, la extensión de guías farmacológicas, los programas de “protocolización” de la prescripción, la regulación y control de la visita médica y de las actividades de promoción y publicidad de los medicamentos por parte de la industria, la implantación de sistemas de información independiente y objetiva para los médicos, el desarrollo de los programas de formación continuada y la promoción de los medicamentos genéricos han de contribuir a la racionalización de la prestación farmacéutica, cuyo principal factor de crecimiento en los últimos años ha venido dado por el aumento en el número de recetas facturadas.

Por otro lado, es preciso establecer una serie de criterios que, teniendo en cuenta la evidencia científica, permitan la calificación de la utilidad terapéutica de los medicamentos, para desarrollar así una estrategia de financiación selectiva ligada a la utilidad terapéutica de los mismos y a criterios de farmacoeconomía. Las medidas recogidas en el Plan Estratégico de Política Farmacéutica pueden considerarse un buen ejemplo a este respecto.

3) El ejercicio de descomposición de la evolución del gasto sanitario en sus factores determinantes indica que, después del factor precio, la evolución del factor prestación real media (cantidad y calidad de los servicios consumidos por cada usuario) es la que explica en mayor proporción el crecimiento del gasto entre 1999 y 2003. Nuevamente, medidas destinadas a incentivar el uso racional de los recursos (en este caso del conjunto de los servicios sanitarios), contribuirían a moderar el ritmo de aumento del consumo de servicios sanitarios y, en consecuencia, a garantizar la sostenibilidad del SNS. En todo caso, este objetivo debe lograrse sin reducir la calidad de la asistencia prestada. Por lo tanto, es necesario **concienciar a los usuarios** de que la sostenibilidad del SNS requiere de su implicación, tanto a través de la vigilancia de su propia salud (hábitos de vida saludables) como manifestando una conducta responsable en el consumo de medicamentos y de los servicios sanitarios de demanda no inducida y, por tanto, decidida por el propio usuario. El establecimiento de mecanismos que, por una parte, promuevan la demanda responsable que eviten la utilización inadecuada y, por otra, estimulen la práctica de estilos de vida saludables, podría resultar de utilidad. El desarrollo de campañas informativas del coste de los servicios prestados o la difusión de la Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Obesidad podrían considerarse ejemplos en uno y otro sentido.

El Real Decreto de Cartera de Servicios determinará el contenido de la **cartera de servicios básicos** común a todo el Sistema Nacional de Salud, distinguiéndolo de lo que podrá formar parte de una cartera complementaria, cuya

definición es competencia de cada una de las Comunidades Autónomas. En el ámbito de los **servicios complementarios** adicionales a los básicos comunes, las CC.AA. podrán decidir tanto las prestaciones, técnicas, tecnologías o procedimientos que serán financiadas públicamente en su ámbito territorial, así como los mecanismos necesarios para financiarlas dentro de su ámbito de competencias.

Por otro lado, el **refuerzo de las políticas de salud pública**, tanto por parte del MSC como por parte de las CC.AA., debe considerarse como una estrategia adecuada para la sostenibilidad del SNS y para la mejora de la salud de la población. Pese al aumento en el peso relativo del gasto en salud pública sobre el gasto total que se ha producido en los últimos años, en 2003 esta partida únicamente representa un 1% del gasto sanitario consolidado del sector de Comunidades y Ciudades Autónomas.

4) La responsabilidad del uso racional de los servicios sanitarios no le corresponde únicamente a los usuarios, sino que también recae de manera muy importante sobre los responsables de política sanitaria y, por supuesto, sobre los profesionales sanitarios, que en el día a día de la práctica clínica toman numerosas decisiones con repercusión sobre el gasto. En este sentido, entendemos que las autoridades sanitarias deben facilitar a los profesionales, en la medida de lo posible, el acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Un ejemplo es el fomento de la **elaboración y utilización de guías de práctica clínica** –basadas en la evidencia– **comunes** para todo el SNS, que promuevan la eficiencia y la efectividad y permitan una reducción progresiva de las elevadas tasas de variabilidad que se registran en la práctica clínica. El proyecto GUIASALUD, iniciativa coordinada por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud que incluye un catálogo de guías de práctica clínica, servicios de asesoramiento, actividades de formación e intercambio de experiencias entre profesionales es, en este sentido, una estrategia a promover y desarrollar en los próximos años. Asimismo, el **mejor conocimiento de las variaciones en la práctica médica** que se registran en el SNS y el estudio de sus consecuencias sobre el consumo de recursos y los resultados clínicos, con aplicación directa a la gestión clínica y sanitaria, han de contribuir a la racionalización del gasto sanitario y a la mejora de la calidad asistencial. El proyecto *Atlas de variaciones en la práctica médica en el SNS* desarrollado gracias a la financiación del Instituto de Salud Carlos III a través de la Red de Investigación Cooperativa “Investigación en Resultados y Servicios de Salud” constituye una interesante iniciativa a este respecto.

5) Es preciso, asimismo, consolidar los **mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios** que ya están desarrollando las CC.AA. en el ámbito de la

carrera profesional, que deben impulsarles a incrementar la calidad asistencial y a responsabilizarles de los diferentes componentes de gasto, en un marco a la vez flexible que tenga en cuenta que los profesionales son quienes mejor conocen las necesidades de los usuarios. En este ámbito debe promoverse la introducción de criterios de gestión clínica en la actuación de gestores y proveedores en el ámbito de cada área asistencial, vinculando una parte de las retribuciones a los resultados obtenidos por cada unidad de gestión clínica y cada profesional.

En su papel como prescriptores, podría modularse su comportamiento utilizando indicadores basados en el logro de los objetivos relacionados con la prescripción farmacéutica, expresados en términos del uso de genéricos, del seguimiento de los tratamientos recomendados en las guías de práctica clínica, del uso adecuado de las innovaciones terapéuticas o del valor intrínseco de los medicamentos prescritos.

Involucrar a los profesionales en el desarrollo de un sistema sostenible implica que han de tener una mayor participación en la toma de decisiones, y que ha de ofrecérseles la posibilidad de una formación continuada de calidad. El impulso a la formación continuada podría estar complementado con posibilidades de certificación y recertificación de los profesionales (estableciendo, por ejemplo, mecanismos de recertificación voluntaria que estimulen a todo el colectivo sanitario).

Por otra parte, se ha comprobado que existe un importante desconocimiento sobre el número de profesionales que presta sus servicios en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, en parte derivado de la inexistencia de **registros de personal** en la mayor parte de las CC.AA. referidos a su personal sanitario. Este hecho dificulta enormemente la evaluación de las políticas de recursos humanos de los Servicios Autonómicos de Salud.

Un registro con características comunes para las distintas CC.AA. haría posible la realización de estudios, de forma sistemática y para todos los Servicios Autonómicos de Salud, que permitieran analizar y conocer, tanto desde una perspectiva cualitativa como cuantitativa, el nivel de necesidades de profesionales a corto, medio y largo plazo, y que posibilitarían la planificación de los ajustes necesarios. Actualmente se está llevando a cabo en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del CISNS un estudio sobre las necesidades de especialistas, con el objetivo de poder planificar adecuadamente las necesidades de personal.

Por lo que respecta a la fijación de las **retribuciones de los profesionales**, podrían derivarse ganancias significativas de la cooperación de los Servicios Autonómicos de Salud. Uno de los problemas derivados del actual sistema es la espiral inflacionista en el régimen de la articulación de las condiciones de traba-

jo del personal estatutario. En efecto, la sensación de agravio comparativo entre las distintas CCAA facilita la presión constante que los diferentes actores ejercen sobre los responsables políticos sanitarios. Partiendo de la base de que el crecimiento de los gastos de personal es insostenible a medio plazo con las tasas de crecimiento actuales, sería conveniente introducir, por acuerdo de las CC.AA., mecanismos que limitaran el crecimiento de estos gastos.

6) Las autoridades sanitarias deberían contribuir asimismo a la racionalización del SNS **reforzando el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías**, dada la importante repercusión –en términos de gasto y de resultados en salud– que la incorporación de las nuevas tecnologías tiene sobre el sistema sanitario público, lo que contribuiría asimismo a reducir la incertidumbre sobre la efectividad de las tecnologías médicas.

7) El estudio de los componentes del gasto a partir de la clasificación funcional indica que el **sesgo hospitalario del SNS** es muy significativo, lo que va en detrimento de la importancia relativa que representa la atención primaria de salud. Así, en el año 2003, el gasto en servicios hospitalarios y especializados representaba el 53,68% del total de gasto público sanitario de las CC.AA., mientras la atención primaria apenas superaba el 14%. La tasa anual media de crecimiento de estos gastos durante el período 1999-2003 es, en comparación con el resto de funciones, la más reducida (8,40%). La pérdida de peso que registra el gasto en servicios hospitalarios y especializados entre 1999 y 2003 no va acompañada, pues, de un incremento paralelo del peso de la atención primaria. Por el contrario, es la farmacia y el resto de funciones de gasto las que absorben el ligero descenso asociado a la atención especializada. Pese a que cada vez más el sector sanitario en su conjunto reconoce la enorme incidencia y, sobre todo, el enorme potencial que la atención primaria tiene sobre la mejora de la salud de la población (a través de los trabajos de prevención de las enfermedades y promoción de los hábitos saludables, del tratamiento y control de las enfermedades crónicas, de la atención prestada a los enfermos, etc.), dicho reconocimiento no se traduce en unas cifras de gasto más equilibradas en relación con los recursos invertidos en atención especializada. De hecho, en el conjunto del SNS, la atención primaria ha perdido peso en el conjunto del gasto total, pasando del 14,52% en 1999 al 14,13% en 2003, y también ha registrado descensos en su peso relativo en un total de diez Comunidades Autónomas. Por ello, la racionalización del conjunto del gasto sanitario exigiría **aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria**, y promover su coordinación con la atención especializada, fomentando el trabajo en equipo, la continuidad en la atención a los pacientes y la investigación conjunta entre profesionales de ambos niveles asistenciales.

8) A lo largo del trabajo desarrollado por este Grupo se han puesto de manifiesto en diferentes ocasiones las insuficiencias que el actual **sistema de información sanitaria del SNS** arrastra en diferentes áreas de análisis, y se han detectado debilidades y oportunidades de mejora del actual Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud, que han sido previamente comentadas en la introducción del informe.

El Sistema Nacional de Salud debe avanzar en la fijación de medios y sistemas de relación que pongan a disposición de todos los niveles la información necesaria para conocer el grado de consecución de los objetivos del mismo y, de este modo, posibilitar el análisis permanente de situación y facilitar las decisiones de las autoridades sanitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias. Dichos sistemas deben configurarse bajo los principios de consenso, cooperación y flexibilidad.

Con carácter general, debe desarrollarse el SI-SNS establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Para ello, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y bajo las directrices del Consejo Interterritorial del SNS, se impulsarán como líneas básicas de trabajo las siguientes:

- Gestionar los contenidos del SI-SNS desde un enfoque de atención integral a la salud, articulando toda la información estructural, de actividad y de resultados en torno a los objetivos del SNS (equidad, efectividad, calidad, eficiencia).
- Revisar, mejorar y potenciar las fuentes de información existentes.
- Orientar y desarrollar nuevas fuentes de información para cubrir lagunas detectadas, homogeneizar y armonizar la recogida, procesamiento e integración de nueva información.
- Coordinar los esfuerzos que realizan las Comunidades Autónomas en ese sentido, potenciando la participación permanente y el consenso técnico entre las partes.
- Recopilar y procesar de forma sistemática la información, y especialmente la referida a la población que está siendo recogida por instituciones no sanitarias.
- Establecer para el SNS un sistema de indicadores organizados en torno a su significado.

De modo más concreto, y en relación con los contenidos del presente informe, sería necesario acometer de manera prioritaria las siguientes tareas:

- Sustituir el criterio de caja por el de devengo como criterio de contabilización del gasto sanitario para su inclusión en la Estadística de Gasto Sani-

tario Público, con el fin de que dicha estadística refleje en cada año la realidad del gasto del sector. Reforzar asimismo la homogeneidad de los datos de gasto y armonizar su recogida.

- Apoyar al grupo de trabajo creado por la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la aplicación del Sistema de Cuentas de la Salud.
- Apoyar la implantación de una contabilidad analítica homogénea en todos los Servicios Autonómicos de Salud.
- Completar los datos de población protegida con información procedente de la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI). Entre las bases de datos de TSI de las Comunidades existe un porcentaje no desdeñable de duplicados y no existe una identificación única para cada ciudadano ante el conjunto del SNS que permita tanto la mejora en su atención como la trazabilidad de los procesos. Urge por tanto completar la Base de Datos del SNS de Población Protegida.
- Medir las variables de tipo geográfico o socioeconómico que pudiesen existir en las Comunidades Autónomas.
- Ampliar al conjunto del sistema sanitario la información normalizada sobre recursos que se centra actualmente de forma exclusiva en la atención especializada. Los diferentes Servicios Regionales de Salud disponen de sus propios sistemas de información asistenciales pero no están basados en definiciones y variables homogéneas, por lo que la comparación es difícil.
- Instrumentar medidas para monitorizar la cartera de servicios del SNS y los centros de referencia de la atención especializada, ya que ambas cosas representan componentes básicos de equidad en el acceso a las prestaciones del sistema que deben ser medidos.
- Medir y analizar las grandes líneas de la accesibilidad al Sistema de Salud, que incluyen la continuidad asistencial, el acceso a la atención urgente y los canales de acceso e información de los usuarios. Se dispone de datos sobre los procesos que requieren hospitalización, pero no se dispone de datos sobre el paso por la Atención Primaria de esos mismos pacientes. El sistema de información de Atención Primaria y Especializada no permite integrar la información correspondiente a un mismo proceso.
- Desarrollar la historia clínica electrónica, herramienta esencial para la buena práctica asistencial y para lograr la eficacia y la eficiencia de los recursos sanitarios. La historia clínica informatizada debe integrar la información clínica y de gestión relevante para los profesionales sanitarios que intervienen a lo largo del proceso asistencial.

- Desarrollar la receta electrónica, que crea la infraestructura necesaria para la comunicación de las unidades en donde tiene lugar el acto clínico, y que permitirá optimizar la calidad del servicio y los elementos de detección temprana de posibles problemas terapéuticos al disponer de toda la información sobre los fármacos prescritos y dispensados. En este sentido cabe señalar que el Plan de Convergencia que se incluye entre los objetivos de la Agenda de Lisboa supondría un importante motor para promover la implantación tanto de la Historia Clínica informatizada como de la Receta Electrónica.

VI
RESUMEN DE RESULTADOS

CONTENIDO DEL INFORME:

El informe realizado se desarrolla en los siguientes apartados:

- 1) En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo del gasto sanitario público consolidado del sector Comunidades Autónomas desde la doble perspectiva que proporcionan tanto la clasificación económica como la clasificación funcional del gasto. En el primer caso, se incluye un estudio específico de las retribuciones medias por profesional para un total de doce categorías profesionales. Asimismo, se incluye una breve descripción de la evolución que han registrado los gastos en prestaciones no incluidas en el catálogo común del SNS.
- 2) En segundo lugar, se realiza un análisis de la evolución y variabilidad del gasto público per capita, desagregado en sus distintos componentes. En esta segunda parte del informe se determina el impacto que la evolución demográfica ha tenido en los últimos años en el gasto sanitario público de las Comunidades y Ciudades Autónomas, y se calcula asimismo el gasto por persona protegida equivalente para todas ellas a partir de varios escenarios.
- 3) En tercer lugar, se realiza un estudio más detallado del gasto público en atención primaria de salud y atención especializada, a partir de indicadores de recursos y actividad, que permiten contribuir a explicar la variabilidad del gasto en dichas partidas. Este tercer apartado, se completa con un estudio particularizado del gasto público en farmacia, tanto hospitalaria como extrahospitalaria.
- 4) En el cuarto apartado del informe se presentan los indicadores de resultados del Sistema Nacional de Salud que han sido seleccionados por el Grupo de Trabajo.
- 5) Finalmente, el quinto apartado se dedica a la presentación de las propuestas de racionalización del gasto sanitario público que formula la Presidencia del Grupo.

Los principales resultados y conclusiones del estudio se resumen a continuación:

1) ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO: CLASIFICACIÓN ECONÓMICA Y FUNCIONAL

El **gasto sanitario público total en España** registra una tasa de crecimiento medio anual en el periodo analizado, 1999-2003, de un 8,6%, con un volumen de gasto en torno a 42.626 millones de euros en 2003. A partir del ejercicio 2002, en torno al 90% del conjunto de gasto sanitario público es gestionado por las Comunidades Autónomas, siendo éstas las que determinan la evolución global del sistema.

En la serie analizada, el gasto sanitario público ha registrado una evolución más dinámica que la seguida por la actividad económica, hecho que ha dado lugar a que la proporción que este gasto representa sobre el PIB haya pasado del 5,4% en 1999 al 5,7% en 2003.

El **gasto sanitario público realizado por las Comunidades y Ciudades Autónomas** a finales de 2003 se sitúa en 38.649 millones de euros, cifra que representa un crecimiento medio anual de un 9,01% en el periodo de análisis (1,9 puntos por encima del crecimiento medio anual del PIB), apreciándose que es a partir de 2002, año en que se culmina el traspaso de las competencias de sanidad a las Comunidades Autónomas, donde el incremento de gasto es más acentuado (8,83% en 2002 y 11,57% en 2003). También es a partir de ese momento cuando tienen lugar los mayores incrementos de la población protegida para el conjunto del SNS. Las Comunidades y Ciudades Autónomas cuyo gasto sanitario público ha crecido por encima de la media son: Baleares, Murcia, La Rioja y Comunidad Valenciana, Canarias, Castilla-La Mancha, Cantabria, Castilla y León, Melilla, Cataluña y Aragón. Por debajo de la media destacan País Vasco, Galicia, Navarra, Madrid y Ceuta.

El análisis se realiza teniendo en cuenta el gasto efectivamente realizado en cada uno de los ejercicios, independientemente de que el gasto figure o no en los registros contables utilizados por cada una de las unidades gestoras del gasto sanitario. En este sentido, las **deudas pendientes de contabilizar**³⁷ a finales del ejercicio de 2003 se elevan a 6.036 millones de euros, de los cuales en 2003 se han generado 1.680 millones, 597 millones en 2002, 439 millones en 2001, 463 millones en 2000, 68 millones en 1999 y el resto, 2.793 millones, en ejercicios anteriores. Las Comunidades Autónomas que mayor gasto no contabilizado tienen a finales de 2003 y que, en conjunto, absorben el 80% del total, son Cataluña (2.176 millones), Andalucía (1.558 millones) y la Comunidad Valenciana (1.112 millones).

³⁷ Las deudas hacen pues referencia a gastos devengados pero no contabilizados en el ejercicio que corresponda. El gasto real para cada año se calcula como: liquidación del ejercicio – deudas a 31 de diciembre del anterior + deudas a 31 de diciembre del corriente.

Por su parte, las CC.AA. que registran una mayor proporción de deudas pendientes en relación con su gasto total para el año 2003 son, por orden, Canarias (cuyo volumen de deuda representa el 7,5% del total de gasto devengado en dicho ejercicio), Comunidad Valenciana (7,3%), Baleares y Cataluña (6,5%), y Castilla y León (6,3%), siendo el porcentaje correspondiente al conjunto de Comunidades y Ciudades Autónomas el 4,3%.

El gasto sanitario público real corresponde a todas las prestaciones que proporcionan las Comunidades, independientemente de que estén o no incluidas en el catálogo de prestaciones del SNS definido por el Real Decreto 63/1995. El **gasto en prestaciones fuera del catálogo** ha crecido a una tasa media anual para el periodo 1999-2003 del 1,4%. Sólo la mitad de las CC.AA. presentan gastos de esta naturaleza que, de media, suponen el 0,1% del gasto sanitario público de dichas Comunidades.

En relación con el PIB, el gasto sanitario público de las Comunidades y Ciudades Autónomas representa un 5,19% en el año 2003, si bien se registran variaciones significativas en el análisis individualizado que oscilan entre el 7,91% que representa en Extremadura el gasto sanitario en relación con su PIB regional y el 3,56% de la Comunidad de Madrid.

La **participación media** del gasto sanitario público real **en el conjunto del gasto público total** se sitúa para las CC.AA. en el 37,6% en el ejercicio 2003. Las Comunidades Autónomas que destinan un porcentaje de gasto inferior a la media son Navarra, La Rioja, País Vasco, Cantabria, Extremadura, Castilla-La Mancha, Baleares, Galicia y Madrid. Por el contrario, las Comunidades Autónomas con mayor participación del gasto sanitario en el total son Murcia, Asturias, Aragón, Cataluña y Comunidad Valenciana. Castilla y León y Canarias se sitúan prácticamente en la media. Si se examinan los tres últimos años del periodo considerado, únicamente cinco CC.AA. registran aumentos continuados del peso que el gasto sanitario público representa sobre el total del gasto: Asturias, Canarias, Castilla y León, Extremadura y Navarra.

Desde la óptica de la **clasificación económica**, el componente del gasto sanitario público consolidado de las Comunidades y Ciudades Autónomas con mayor peso es la remuneración de asalariados, seguido de las transferencias corrientes (fundamentalmente gasto en recetas médicas) y del gasto en consumo intermedio.

El componente del gasto más dinámico entre 1999 y 2003 ha sido el consumo intermedio. El gasto en transferencias corrientes también ha evolucionado por encima del crecimiento medio del gasto del sector. Por el contrario, la remuneración de asalariados ha crecido por debajo de la media.

Clasificación económico-presupuestaria

	1999		2003		TAM 99/03
	Miles de Euros	% sobre total	Miles de Euros	% sobre total	
Remuneración del personal	13.408.060	48,98	17.735.896	45,89	7,24
Consumo intermedio	5.097.867	18,62	7.964.802	20,61	11,80
Conciertos	1.481.428	5,41	2.039.548	5,28	8,32
Transferencias corrientes	6.438.942	23,52	9.456.724	24,47	10,09
Gasto de capital	945.926	3,46	1.451.650	3,76	11,30
Gasto consolidado del sector CCAA	27.372.223	100	38.648.620	100	9,01

La remuneración de asalariados (gastos de personal) durante los últimos años ha ido perdiendo peso en el conjunto del gasto, como consecuencia de haber registrado incrementos anuales menores que los del gasto total. Durante el periodo de análisis, la remuneración de asalariados en el conjunto del sistema ha crecido en términos medios un 7,24% anual, oscilando por Comunidades Autónomas entre el 5,4% de País Vasco y el 14,29% de Baleares. Las Comunidades Autónomas que mayor crecimiento han registrado son Baleares y La Rioja.

El análisis detallado de la evolución y variabilidad de los gastos de personal entre Comunidades y Ciudades Autónomas exigiría examinar tanto las retribuciones medias por categorías de personal como el número de efectivos al servicio de los distintos Servicios de Salud. En este informe, sin embargo, únicamente se han analizado las **retribuciones anuales medias** para un total de doce categorías profesionales como consecuencia de problemas detectados en la información referida a los efectivos. Navarra y La Rioja se excluyen del análisis al no haberse dispuesto de los datos correspondientes.

Es importante destacar que entre los conceptos retributivos utilizados para el cálculo de la retribución media total se excluyen algunos que se consideran relevantes (como por ejemplo, la atención continuada). Por lo tanto, y al tratarse de un análisis parcial, pueden estarse introduciendo sesgos en los resultados, sin que pueda estimarse cómo afectan a las distintas CC.AA. y a las medias calculadas.

Del análisis efectuado se concluye que el crecimiento producido en los niveles retributivos entre 1999 y 2003 es menor que el registrado en el conjunto del gasto sanitario público del sector, pero significativamente mayor que el crecimiento de la actividad económica durante dichos años.

La tendencia de las retribuciones ha sido alcista para el conjunto de los Servicios de Salud contemplados en el análisis, y en particular para las CC.AA. que asumieron las transferencias con fecha 1 de enero de 2002.

Las CC.AA. del antiguo INSALUD han ido incrementando sus retribuciones con el fin de equilibrarlas en relación con los niveles que a comienzos del período presentaban las CC.AA. que ya tenían las competencias transferidas (y que, salvo contadas excepciones, eran significativamente superiores). Los datos analizados indican que la variabilidad se ha reducido entre 1999 y 2003 para un total de ocho categorías profesionales de las doce contempladas.

El cierre del traspaso de competencias en materia de gestión de la sanidad ha implicado que, en una primera fase, las CC.AA. que recibieron esta competencia en 2002 adoptasen una política retributiva alcista que les permitiera equipararse con el resto de las CC.AA. Al mismo tiempo, se observa la aparición de un efecto imitación entre los distintos Servicios de Salud. De continuar este efecto, es de esperar que se produzca una espiral inflacionista que presionará sobre los gastos de personal, con una tendencia sensiblemente superior a la del resto del personal que presta sus servicios en las CC.AA.

Madrid y Baleares destacan, en la mayor parte de categorías analizadas, por sus elevadas tasas de crecimiento medio, lo que tiende a situarlas en 2003 entre los valores máximos de retribución, junto con País Vasco. Las CC.AA. que asumieron las competencias sanitarias con anterioridad a 2002 registran, en general, las tasas de crecimiento medio anual más reducidas, si bien, como ya se ha señalado, partían de niveles retributivos comparativamente elevados. En el caso particular de Canarias y Galicia, esta moderación de las tasas de crecimiento sitúa en 2003 a ambas Comunidades en la retribución media anual más baja para un cierto número de categorías profesionales, o bien las sitúa por debajo de la media. Castilla y León, por su parte, aparece con frecuencia entre las CC.AA. del antiguo INSALUD que han registrado las tasas de crecimiento más moderadas.

Desde la óptica de la **clasificación funcional**, el componente del gasto sanitario público con mayor peso es la asistencia hospitalaria y especializada, seguido por la farmacia y por la atención primaria de salud. El gasto en atención primaria y especializada ha perdido importancia en el conjunto del gasto sanitario, a favor de los gastos en farmacia y gastos de capital. Entre los componentes de mayor peso el más dinámico ha sido la **farmacia**, que ha crecido más fuertemente en la Comunidad Valenciana, Melilla y Canarias. Por el contrario, Andalucía y Aragón son las CC.AA. que presentan las tasas de aumento más reducidas, situándose por debajo del crecimiento medio.

Clasificación funcional

	1999		2003		TAM 99/03
	Miles de Euros	% sobre total	Miles de Euros	% sobre total	
Servicios hospitalarios y especializados	14.967.851	54,68	20.747.009	53,68	8,50
Servicios primarios de salud	3.975.414	14,52	5.488.917	14,20	8,40
Servicios de salud pública	263.494	0,96	389.448	1,01	10,26
Servicios colectivos de salud	497.247	1,82	786.711	2,04	12,15
Farmacia	6.230.317	22,76	9.029.110	23,36	9,72
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	388.518	1,42	567.958	1,47	9,96
Gasto de capital	924.136	3,38	1.409.356	3,65	11,13
Transferencias a otros sectores	125.245	0,46	230.109	0,60	16,42
Gasto consolidado del sector CC.AA.	27.372.222	100	38.648.620	100	9,01

El peso que el gasto en traslado de enfermos supone sobre el total de gasto sanitario ha registrado un descenso entre 1999 y 2003. No se detecta una asociación estadística relevante entre los datos de gasto en traslados y las variables de dispersión geográfica. Sin embargo, sí se observa que Baleares y, de manera aún más destacada Canarias, destinan a esta partida una proporción de su gasto superior a la media, lo que puede asociarse a su condición de territorios insulares. Si bien es cierto que la condición de insularidad impide aprovechar economías de escala de las que sí disfrutaban los territorios peninsulares, lo que conlleva gastos adicionales, no sólo de traslado de enfermos, sino también de infraestructuras y de funcionamiento, con el análisis efectuado ha sido imposible determinar de manera precisa el impacto que la condición de insularidad propia de Baleares y Canarias ha ejercido en el gasto sanitario público durante el período considerado. Esta cuestión debería ser tratada a partir de datos adicionales y con el empleo de otros modelos de análisis adaptados a dichos datos.

2) ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CAPITA

Una forma de explicar el origen del crecimiento del gasto sanitario público consiste en descomponer dicho crecimiento en los siguientes factores que lo determinan: el **factor demográfico** (variación en el volumen y estructura de edades de la población), el **factor precios** (que en el presente informe se aproxima a partir de la variación del deflactor del PIB) y el **factor prestación real media por persona** (que recoge el efecto de las variaciones producidas tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios sanitarios consumidos por la población). Aunque, de acuerdo con la evidencia empírica disponible, son los precios y la prestación real media por persona los que tienen mayor peso como factores

explicativos del crecimiento del gasto, el factor demográfico ha cobrado especial relevancia en España debido a la evolución que ha registrado la población protegida desde el año 2000. En todo caso, el ejercicio de descomposición del gasto sanitario público indica que la evolución demográfica explica un 21,35% de la tasa de incremento medio anual registrada en el periodo 1999-2003, mientras el factor precios y el factor prestación real media explican, respectivamente, el 46% y el 32,65% de dicho crecimiento.

La **población protegida** en España ha registrado un incremento medio anual del 1,62% en el período analizado. La población protegida aumenta entre el comienzo y el final del período en todas las CC.AA. excepto en Asturias, Extremadura y Castilla y León, donde ha caído. A pesar de que los incrementos poblacionales afectan a la mayor parte de las Comunidades y Ciudades Autónomas, se distribuyen territorialmente de manera muy desigual. Tras Melilla, Baleares registra la tasa más elevada, seguida por Canarias, Murcia, Madrid, Comunidad Valenciana, La Rioja y Cataluña. Todas estas CC.AA., a excepción de Madrid, destacan simultáneamente, como ya se indicó con anterioridad, por registrar unas tasas de crecimiento del gasto sanitario público superiores a la media. Madrid, por el contrario, y pese a presentar aumentos de población muy destacados, incrementa su gasto en una tasa anual media en un 7,79%, mientras la tasa correspondiente al conjunto de Comunidades y Ciudades Autónomas se sitúa en el 9,01%.

El **gasto sanitario público por persona protegida** en el año 2003 para el conjunto del sector fue de 954 euros. Los valores más elevados corresponden a Melilla (1058 euros), Navarra (1089), Cantabria (1073), Aragón (1069), Asturias (1061), Castilla y León (1029), País Vasco (1028), Extremadura (1026), Ceuta (1018), Canarias (1000), La Rioja (994) y Galicia (980). Por su parte, Cataluña (958) y Murcia (951) se sitúan muy próximas a la media. El resto de las CC.AA. registran un gasto por persona protegida inferior a la media. En esta situación se encuentran Castilla-La Mancha (con 936 euros), Comunidad Valenciana (934), Baleares (908), Andalucía (903) y Madrid (870 euros). La Comunidad de Madrid pasa, incluso, de situarse ligeramente por encima de la media en 1999 a alcanzar la cifra más reducida en 2003, año en que su gasto por persona protegida representa el 91% de la media.

Desde el año 2000, la dispersión de la variable gasto sanitario público por persona protegida ha registrado una tendencia creciente. Entre 1999 y 2003, dicha variable ha mantenido un crecimiento anual medio del 7,27%. El mayor incremento del gasto por persona tiene lugar en el año 2003 (con una variación interanual del 9,15%). Baleares es la Comunidad Autónoma que presenta un crecimiento medio anual más elevado (10,25%), seguida por Castilla y León y

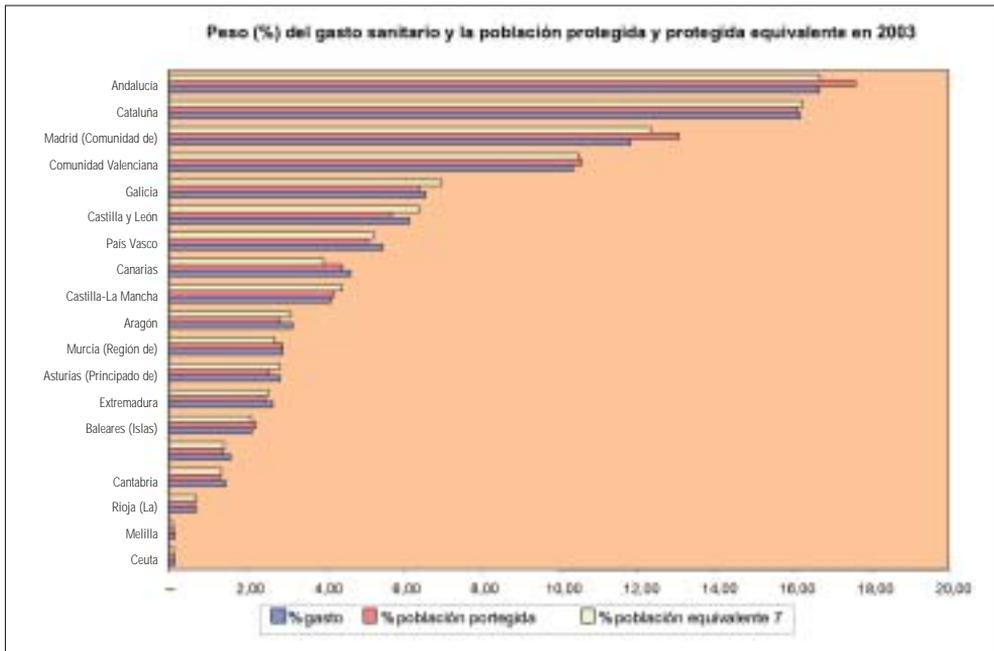
Extremadura (9,1%). Por el contrario, las tasas de crecimiento más reducidas se concentran en Melilla (3,62%) y Madrid (4,68%).

El peso del **gasto sanitario público por persona protegida sobre el PIB per capita** se cifra, en 2003, en el 5,48%. Esta variable oscila entre el 3,84% de Madrid y el 8,47% de Extremadura. Desde 1999 el gasto sanitario por persona protegida ha ido ganando peso con carácter general sobre el PIB per capita. El análisis estadístico indica que no existe relación entre el gasto por persona protegida y el PIB per capita de las CC.AA., como consecuencia de los mecanismos de nivelación establecidos en la distribución territorial de los recursos.

Para calcular la **población equivalente** de las CC.AA. (esto es, corregida por su estructura de edades) se han considerado tres escenarios: en el primero se consideran los dos grupos tradicionales (menores de 65 años y población de 65 años y más); el segundo escenario añade al anterior un grupo adicional que corresponde a los menores de 5 años; finalmente, en el tercer escenario se consideran siete grupos de edad, que consideran de forma separada, entre otras categorías, a los menores de 5 años y a los mayores de 75). Asimismo, para obtener la población equivalente el Ministerio de Sanidad y Consumo ha calculado los coeficientes de gasto relativo de cada grupo de edad por tipo de prestación (hospitolaria, extrahospitalaria, farmacia y otras).

De forma sistemática, y en cualquiera de los tres escenarios considerados para corregir la población por su estructura de edades, son las Comunidades de Castilla y León, Galicia, Cataluña, Asturias, País Vasco, Aragón y Castilla-La Mancha las que presentan una mayor ganancia de peso sobre la población total respecto de la situación en la que se emplea la población protegida sin corregir. En el otro extremo, y también de forma sistemática independientemente del escenario utilizado para corregir la estructura poblacional, se encuentran Andalucía, Baleares, Canarias, Madrid, Murcia y la Comunidad Valenciana, en las que la población equivalente registra una pérdida de peso sobre el total en relación con la población protegida sin corregir.

Si se comparan, para el año 2003, los porcentajes que sobre el total nacional representan las variables población protegida equivalente y gasto sanitario público real en las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas, se observa que Madrid, Comunidad Valenciana, Galicia, Castilla y León y Castilla-La Mancha concentran sistemáticamente más proporción de población que de gasto sanitario. Lo contrario ocurre en País Vasco, Canarias, Aragón, Murcia, Extremadura, Cantabria y Navarra.



El **gasto sanitario público por persona equivalente** (calculado a partir del escenario que contempla siete grupos de edad, por ser el más preciso) se sitúa en 2003 en 953 euros. Melilla vuelve a ocupar el máximo, con 1337 euros, si bien el mínimo le corresponde ahora a Castilla-La Mancha (894 euros) en lugar de a Madrid, que era la Comunidad Autónoma con peor posición relativa respecto del gasto sanitario por persona protegida sin ponderar por su estructura poblacional. Se observa que determinadas Comunidades Autónomas empeoran su posición relativa respecto del gasto sanitario público por persona cuando se corrige la población por su estructura de edades. Tal es el caso de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra y La Rioja. Otras como Ceuta, Canarias, Murcia, Comunidad Valenciana, Baleares, Andalucía y Madrid mejoran su posición relativa. Por su parte, Melilla, País Vasco, Extremadura y Cataluña mantienen su posición relativa, si bien Cataluña pasa de estar por encima de la media a quedar por debajo de ésta.

El gasto sanitario público por persona equivalente entre 1999 y 2003 ha registrado un crecimiento anual medio del 7,01%, pasando de un crecimiento anual en 2000 de 7,40% a un 9,11% en el año 2003. Por Comunidades Autónomas, el crecimiento anual medio del gasto sanitario por persona equivalente durante el periodo de análisis oscila entre el 3,85% de Melilla y el 10,65% de Baleares.

Las CC.AA. que presentan los incrementos de gasto sanitario público más elevados entre 1999 y 2003 se corresponden, en general, con las que han registrado mayores aumentos de población. Pese a los incrementos poblacionales, Baleares, Comunidad Valenciana y La Rioja acortan las distancias que les separan de la media de gasto por persona equivalente entre el comienzo y el final del periodo. Baleares, de hecho, pasa de situarse en 1999 por debajo de la media a situarse por encima en el año 2003. Por su parte, Murcia y Canarias, que ya en 1999 registraban un gasto por persona equivalente superior al de la media de CC.AA., amplían sus diferencias con respecto a la media de dicho gasto en 2003.

Las tasas de crecimiento del gasto que registran Aragón, Cantabria, Castilla-La Mancha y Extremadura, también superiores al crecimiento medio del gasto sanitario público del conjunto de CC.AA., no se justifican por la evolución de la población.

3) ANÁLISIS PARTICULARIZADO DEL GASTO PÚBLICO EN ATENCIÓN PRIMARIA, ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y FARMACIA

3.1) Análisis del gasto público en atención primaria

Los indicadores utilizados para explicar la **variabilidad del gasto público en atención primaria** se basan en las variables de población protegida, dispersión geográfica y médicos de atención primaria. La población protegida explica en una alta proporción la variabilidad observada entre Comunidades en el gasto en atención primaria. Si se corrige la **población** por su estructura de edades se obtienen correlaciones algo más elevadas.

Existen dos observaciones que presentan desviaciones con respecto a su gasto esperado significativamente mayores que las demás: corresponden al gasto en atención primaria de las Comunidades Autónomas de Cataluña y Madrid, en la primera por encima del valor esperado para su volumen de población, y en la segunda por debajo. Las Comunidades que presentan un gasto en atención primaria por encima del valor esperado son, además de Cataluña, Castilla y León, Extremadura, Andalucía, País Vasco, Navarra y Aragón. Por debajo se sitúan Madrid, Galicia, Comunidad Valenciana y Canarias.

Las CC.AA. en las que la población crece por encima de la media mientras el gasto público en atención primaria crece por debajo son Madrid y Navarra. Por su parte, Andalucía, Aragón, Cantabria, Extremadura y Ceuta registran incrementos de población por debajo de la media mientras su gasto en atención primaria crece por encima. Finalmente, el resto de Comunidades presentan pautas

paralelas de incremento de población y gasto en relación con la media del sistema.

El gasto público en atención primaria no muestra a partir del análisis efectuado una relación significativa con las variables indicativas de la dispersión geográfica, si bien este hecho podría en parte estar explicado por el empleo de datos agregados a nivel de Comunidad Autónoma, o bien por la utilización de indicadores de la dispersión basados en el número de entidades singulares.

El **número de médicos** de familia de equipos de atención primaria en las Comunidades y Ciudades Autónomas presenta un alto grado de relación lineal con el gasto en atención primaria. El número de médicos de familia en equipos de atención primaria por 100.000 habitantes en Castilla y León y Castilla-La Mancha se sitúa muy por encima de la media. Murcia, Cataluña y Cantabria presentan los ratios más bajos. No obstante, esta ratio ha de analizarse en relación con indicadores de la dispersión.

3.2) Análisis del gasto público en atención especializada

El número de **consultas externas** ha crecido entre 1999 y 2003 a una tasa media anual del 2,26%, 0,65 puntos porcentuales por encima de la población protegida. Por Comunidades, este incremento ha sido especialmente destacado en Extremadura. Las CC.AA. en las que el ritmo de crecimiento de las consultas externas ha sido superior al ritmo de crecimiento de la población son, además de Extremadura, Navarra, La Rioja, Asturias, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Cantabria, Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha y Aragón. Por el contrario, las consultas externas crecen menos que la población en Ceuta, País Vasco, Andalucía, Murcia, Baleares, Madrid, Canarias y Melilla.

Por su parte, la **Cirugía Mayor Ambulatoria** crece a lo largo del periodo analizado a una tasa media anual del 16,75%. Este comportamiento expansivo de la CMA entre 1999 y 2003 se ha repetido en prácticamente en todas las Comunidades.

La **dotación de camas** en funcionamiento utilizadas por el sector público se estima, en 2003, de acuerdo con los datos proporcionados por las comunidades, en 119.603 camas, lo que supone 2,95 camas por mil personas protegidas. La evolución del número de camas tiene una tendencia descendente entre 1999 y 2003. A lo largo de todo el período considerado se observa que Cataluña y Canarias registran el mayor número de camas por mil personas protegidas, mientras la Comunidad Valenciana presenta sistemáticamente el número más reducido.

Las CC.AA. de Baleares, Cataluña, País Vasco y La Rioja destacan por el hecho de que, pese a la **mayor complejidad** de sus pacientes atendidos (en términos de consumo de recursos), presentan un **índice de estancia media ajustada** que indica un mejor funcionamiento respecto del estándar. Por el contrario, Andalucía, Canarias y Extremadura, pese a la menor complejidad de sus pacientes atendidos, presentan para todos los años analizados (1999-2003) desviaciones negativas respecto del estándar.

El ritmo de crecimiento del **número de urgencias atendidas en los hospitales** en el periodo considerado ha sido del 4,48%, sensiblemente superior al crecimiento de la población protegida, y especialmente elevado en Navarra. En la mayor parte de las CC.AA., el crecimiento de las urgencias que se ha registrado supera de forma notable al de la población.

Por lo que se refiere a la distribución territorial de las urgencias, puede observarse que en Andalucía, Cataluña, Murcia, Cantabria, Ceuta y Melilla se registra una proporción de urgencias superior a la población protegida. Por el contrario, la proporción de urgencias es inferior a la proporción de población protegida en Canarias, Madrid, Castilla y León, Galicia, Castilla-La Mancha, Baleares, País Vasco, Navarra, Asturias, Extremadura, La Rioja, Comunidad Valenciana y Aragón.

3.3) Análisis del gasto público farmacéutico

El gasto farmacéutico público total, incluyendo gasto hospitalario y extrahospitalario, representa en 1999 el 26,97% del gasto sanitario público total. Este porcentaje se ha incrementado a lo largo del periodo analizado hasta el 27,99% registrado en 2003.

3.3.1) *Gasto farmacéutico hospitalario*

El gasto farmacéutico hospitalario supone en 1999 el 28% de los consumos intermedios correspondientes a atención especializada. En 2003, el peso relativo de este gasto crece hasta el 29%. La tasa de crecimiento medio anual en el periodo analizado se eleva al 15,08%, y oscila entre el 6,22% de Galicia y el 24,39% de Canarias. La alta variabilidad que se registra en las tasas de crecimiento de las CC.AA. para esta variable puede estar indicando diferencias significativas en la gestión de las compras de los productos farmacéuticos de uso hospitalario.

3.3.2) *Gasto farmacéutico extrahospitalario*

El análisis detallado de la evolución del gasto farmacéutico extrahospitalario ofrece los siguientes resultados: en primer lugar, el crecimiento del gasto farmacéutico a través de receta médica del SNS se ha producido a pesar de las medidas adoptadas hasta finales de 2003 que afectaron a la industria farmacéutica, a la distribución y a las oficinas de farmacia (entre otras, introducción de especialidades farmacéuticas genéricas e incentivación de su prescripción, bajada de márgenes de la distribución farmacéutica, reducción de los precios industriales máximos de las especialidades farmacéuticas, modificación de los márgenes de las oficinas de farmacia y almacenes farmacéuticos o implantación del sistema de precios de referencia). El impacto de estas medidas queda absorbido en valores relativos una vez transcurrido un año desde su entrada en vigor.

La bajada de márgenes tiene su impacto principalmente en el precio de los medicamentos, lo que debería reflejarse en la evolución de la variable **gasto medio por receta**. El crecimiento de esta variable ha pasado de un 8,45% en 1999 a un 2,54% en 2000, para aumentar posteriormente hasta el 3,63% en 2001, el 3,29% en 2002 y el 4,98% en 2003. Se observa pues una moderación relativa en el incremento del gasto medio por receta, que refleja la política de precios llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En 2003, las CC.AA. que presentan un mayor gasto medio por receta son Asturias y Galicia, que simultáneamente registran una población protegida mayor de 65 años por encima de la media nacional y un porcentaje de aportación del usuario por debajo de dicha media. Esta misma pauta se observa para el conjunto del período.

La tasa de envases de fármacos dispensados bajo la forma de **genéricos** ha experimentado un crecimiento relativo en el período analizado, pasando de un 1,47% en 1999 a un 8,85% en 2003, lo que también ha contribuido a la evolución del gasto medio por receta. Los porcentajes más elevados se registran en este último año en Madrid, Baleares, Cantabria, Melilla, Cataluña y Navarra. En todas ellas se han registrado incrementos muy significativos en esta variable entre 1999 y 2003.

El número de recetas facturadas ha registrado unas tasas de evolución crecientes en el tiempo entre 1999 y 2003. Así, el crecimiento registrado en 1999 es algo inferior al 1,4%, mientras para el último año de la serie alcanza el 6,83%. Este crecimiento se ha concentrado especialmente en los años 2002 y 2003. En 2003, Canarias y Melilla registran el mayor incremento de esta variable, si bien el número de recetas por persona protegida en 2003 se encuentra en ambas por debajo de la media nacional (así como el gasto por persona protegida).

El **número de recetas** es el componente principal del crecimiento del gasto farmacéutico en este período, y se ha debido fundamentalmente al aumento de

la población protegida (especialmente en el colectivo de pensionistas) y a las políticas de prevención de la enfermedad mediante la captación y tratamiento de personas con elevado riesgo de desarrollar una determinada enfermedad grave. Paralelamente al aumento de la población protegida, se observa un incremento paulatino en el porcentaje de recetas sin aportación (adquiridas por los pensionistas). Este hecho provoca que el porcentaje de aportación que corresponde abonar al usuario en el momento de la dispensación haya pasado del 7,36% en 1999 al 6,85% en 2003.

4) INDICADORES DE RESULTADOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los indicadores de mortalidad muestran que existe cierta variabilidad entre CC.AA. Canarias destaca por ser la Comunidad que presenta las mayores tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y por cáncer de pulmón, y Andalucía por lo que respecta a enfermedades cerebrovasculares. Para el conjunto del SNS, el riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ha descendido un 13% desde 1990 y un 40% en enfermedades cerebrovasculares. Por lo que respecta al riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón, destaca el significativo aumento que se ha producido en la población femenina.

País Vasco, Navarra y Asturias son las CC.AA. que presentan mayor porcentaje de ciudadanos que declaran estar satisfechos con el sistema sanitario público. Canarias, Baleares y Madrid son las CC.AA. que registran los porcentajes más reducidos.

No se constata que exista relación entre el gasto sanitario público y los distintos indicadores utilizados, basados en tasas de mortalidad y satisfacción de los usuarios.

5) PROPUESTAS DE RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

El sector sanitario es, sin duda, un importante sector de creación de empleo y repercute claramente en la productividad de otros sectores (disminución de la incapacidad temporal, mejora del capital humano). Los fondos públicos destinados a sanidad no deben verse, por tanto, solamente desde una perspectiva de consumo de recursos, sino también de inversión en capital humano, en generación de riqueza. Además, de acuerdo con estudios internacionales, en España el sistema sanitario público es de gran calidad, con un gasto adecuado a su nivel de

renta, algo por debajo de lo que destinan los países del entorno. Sin embargo, el elevado ritmo de crecimiento que en los últimos años está registrando el gasto sanitario público aconseja la puesta en marcha de medidas que vayan dirigidas a mejorar la **eficiencia y racionalizar el gasto** en el medio y largo plazo, con el fin de garantizar la sostenibilidad del SNS. En particular, la Presidencia del Grupo de Trabajo propone las siguientes:

1) El análisis del gasto sanitario público muestra que, por lo que respecta a la clasificación económica, el componente de gasto más dinámico entre 1999 y 2003 es el correspondiente al consumo intermedio. A la vista de estos resultados, puede sugerirse la **introducción de mecanismos que permitan frenar el ritmo de crecimiento de los consumos intermedios**.

Es de esperar que la introducción de criterios racionales en la gestión de compras conduzca a mejoras en la eficiencia significativas. Y, en particular, la introducción de **mecanismos de centralización de compras de los productos sanitarios de uso hospitalario en cada ámbito territorial**. Asimismo, el refuerzo de las garantías relativas a que la contratación y compras de los centros sanitarios públicos se realicen atendiendo a criterios de publicidad y libre concurrencia contribuiría a racionalizar el gasto sanitario y a dotar la gestión de mayor transparencia.

2) El gasto en farmacia extrahospitalaria registra una tasa de crecimiento anual medio para el período 1999-2003 del 9,72% para el conjunto del SNS y representa en 2003 el 23,38% del gasto sanitario público total. La racionalización de esta partida de gasto ha de suponer, por lo tanto, un ahorro potencial de importante magnitud, y ha de coadyuvar a la sostenibilidad del sistema sanitario. El objetivo del SNS en relación con la prestación farmacéutica es **asegurar la calidad y el uso racional de los medicamentos**, al tiempo que la eficiencia en la utilización de los recursos destinados a esta prestación.

En este sentido, la extensión de guías farmacológicas, los programas de “protocolización” de la prescripción, la regulación y control de la visita médica y de las actividades de promoción y publicidad de los medicamentos por parte de la industria, la implantación de sistemas de información independiente y objetiva para los médicos, el desarrollo de los programas de formación continuada, la promoción de los medicamentos genéricos, han de contribuir a la racionalización de la prestación farmacéutica, cuyo principal factor de crecimiento en los últimos años ha venido dado por el aumento en el número de recetas facturadas.

Por otro lado, es preciso establecer una serie de criterios que, teniendo en cuenta la evidencia científica, permitan la calificación de la utilidad terapéutica de los medicamentos, para desarrollar así una estrategia de financiación selectiva ligada a la utilidad terapéutica de los mismos y a criterios de farmacoecono-

mía. Las medidas recogidas en el Plan Estratégico de Política Farmacéutica pueden considerarse un buen ejemplo a este respecto.

3) Medidas destinadas a incentivar el uso racional de los recursos (en este caso del conjunto de los servicios sanitarios), contribuirían a moderar el ritmo de aumento del consumo de servicios sanitarios y, en consecuencia, a garantizar la sostenibilidad del SNS. En todo caso, este objetivo debe lograrse sin reducir la calidad de la asistencia prestada. Por lo tanto, es necesario **concienciar a los usuarios** de que la sostenibilidad del SNS requiere de su implicación, tanto a través de la vigilancia de su propia salud (hábitos de vida saludables) como manifestando una conducta responsable en el consumo de medicamentos y de los servicios sanitarios de demanda no inducida y, por tanto, decidida por el propio usuario. El establecimiento de mecanismos que, por una parte, promuevan la demanda responsable que eviten la utilización inadecuada y, por otra, estimulen la práctica de estilos de vida saludables, podría resultar de utilidad. El desarrollo de campañas informativas del coste de los servicios prestados o la difusión de la Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Obesidad podrían considerarse ejemplos en uno y otro sentido.

El Real Decreto de Cartera de Servicios determinará el contenido de la **cartera de servicios básicos** común a todo el Sistema Nacional de Salud, distinguiéndolo de lo que podrá formar parte de una cartera complementaria, cuya definición es competencia de cada una de las Comunidades Autónomas. En el ámbito de los **servicios complementarios** adicionales a los básicos comunes, las CC.AA. podrán decidir tanto las prestaciones, técnicas, tecnologías o procedimientos que serán financiadas públicamente en su ámbito territorial, así como los mecanismos necesarios para financiarlas dentro de su ámbito de competencias.

Por otro lado, el **refuerzo de las políticas de salud pública** tanto por parte del MSC como por parte de las CC.AA. debe considerarse como una estrategia adecuada para la sostenibilidad del SNS y para la mejora de la salud de la población.

4) La responsabilidad del uso racional de los servicios sanitarios no le corresponde únicamente a los usuarios, sino que también recae de manera muy importante sobre los responsables de política sanitaria y, por supuesto, sobre los profesionales sanitarios, que en el día a día de la práctica clínica toman numerosas decisiones con repercusión sobre el gasto. En este sentido, las autoridades sanitarias deben facilitar a los profesionales, en la medida de lo posible, el acceso a la mejor evidencia científica disponible en relación con el uso racional de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Un ejemplo es el fomento de la **elaboración y utilización de guías de práctica clínica** -basadas en la evidencia- **comunes** para todo el SNS, que promuevan la eficiencia y la efectividad y permitan una reducción progresiva de las elevadas tasas de variabilidad que se registran en la prácti-

ca clínica. El proyecto GUIASALUD es, en este sentido, una estrategia a promover y desarrollar en los próximos años. Asimismo, el **mejor conocimiento de las variaciones en la práctica médica** que se registran en el SNS y el estudio de sus consecuencias sobre el consumo de recursos y los resultados clínicos, con aplicación directa a la gestión clínica y sanitaria, han de contribuir a la racionalización del gasto sanitario y a la mejora de la calidad asistencial. El proyecto *Atlas de variaciones en la práctica médica en el SNS* constituye una interesante iniciativa a este respecto.

5) Es preciso, asimismo, consolidar los **mecanismos de incentivos a los profesionales sanitarios**, que ya están desarrollando las CC.AA. en el ámbito de la carrera profesional, que deben impulsarles a incrementar la calidad asistencial y a responsabilizarles de los diferentes componentes de gasto, en un marco a la vez flexible que tenga en cuenta que los profesionales son quienes mejor conocen las necesidades de los usuarios. En este ámbito debe promoverse la introducción de criterios de gestión clínica en la actuación de gestores y proveedores en el ámbito de cada área asistencial, vinculando una parte de las retribuciones a los resultados obtenidos por cada unidad de gestión clínica y cada profesional.

En su papel como prescriptores, podría modularse su comportamiento utilizando indicadores basados en el logro de los objetivos relacionados con la prescripción farmacéutica, expresados en términos del uso de genéricos, del seguimiento de los tratamientos recomendados en las guías de práctica clínica, del uso adecuado de las innovaciones terapéuticas o del valor intrínseco de los medicamentos prescritos.

Involucrar a los profesionales en el desarrollo de un sistema sostenible implica que han de tener una mayor participación en la toma de decisiones, y que ha de ofrecérseles la posibilidad de una formación continuada de calidad. El impulso a la formación continuada podría estar complementado con posibilidades de certificación y recertificación de los profesionales (estableciendo, por ejemplo, mecanismos de recertificación voluntaria que estimulen a todo el colectivo sanitario).

Por otra parte, se ha comprobado que existe un importante desconocimiento sobre el número de profesionales que presta sus servicios en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, en parte derivado de la inexistencia de **registros de personal** en la mayor parte de las CC.AA. referidos a su personal sanitario. Este hecho dificulta enormemente la evaluación de las políticas de recursos humanos de los Servicios Autonómicos de Salud.

Un registro con características comunes para las distintas CC.AA. haría posible la realización de estudios, de forma sistemática y para todos los Servicios Autonómicos de Salud, que permitieran analizar y conocer, tanto desde una

perspectiva cualitativa como cuantitativa, el nivel de necesidades de profesionales a corto, medio y largo plazo, y que posibilitarían la planificación de los ajustes necesarios. Actualmente, se está llevando a cabo en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del CISNS un estudio sobre las necesidades de especialistas, con el objetivo de poder planificar adecuadamente las necesidades de personal.

Por lo que respecta a la fijación de las **retribuciones de los profesionales**, podrían derivarse ganancias significativas de la cooperación de los Servicios Autonómicos de Salud. Uno de los problemas derivados del actual sistema es la espiral inflacionista en el régimen de la articulación de las condiciones de trabajo del personal estatutario. En efecto, la sensación de agravio comparativo entre las distintas CCAA facilita la presión constante que los diferentes actores ejercen sobre los responsables políticos sanitarios. Partiendo de la base de que el crecimiento de los gastos de personal es insostenible a medio plazo con las tasas de crecimiento actuales, sería conveniente introducir, por acuerdo de las CC.AA., mecanismos que limitaran el crecimiento de estos gastos.

6) Las autoridades sanitarias deberían contribuir a la racionalización del SNS **reforzando el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías**, dada la importante repercusión –en términos de gasto y de resultados en salud– que la incorporación de las nuevas tecnologías tiene sobre el sistema sanitario público, lo que contribuiría asimismo a reducir la incertidumbre sobre la efectividad de las tecnologías médicas.

7) El estudio de los componentes del gasto a partir de la clasificación funcional indica que el **sesgo hospitalario del SNS** es muy significativo. La pérdida de peso que registra el gasto en servicios hospitalarios y especializados entre 1999 y 2003 no va acompañada de un incremento paralelo del peso de la atención primaria. Pese a que cada vez más el sector sanitario en su conjunto reconoce la enorme incidencia y, sobre todo, el enorme potencial que la atención primaria tiene sobre la mejora de la salud de la población, dicho reconocimiento no se traduce en unas cifras de gasto más equilibradas en relación con los recursos invertidos en atención especializada. Por ello, la racionalización del conjunto del gasto sanitario exigiría **aumentar los recursos y la capacidad de resolución de la atención primaria**, y promover su coordinación con la atención especializada, fomentando el trabajo en equipo, la continuidad en la atención a los pacientes y la investigación conjunta entre profesionales de ambos niveles asistenciales.

8) A lo largo del trabajo desarrollado por este Grupo se han puesto de manifiesto, en diferentes ocasiones, las insuficiencias que el actual **sistema de información sanitaria del SNS** arrastra en diferentes áreas de análisis, y se han detectado debilidades y oportunidades de mejora del actual Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

Con carácter general, debería desarrollarse el Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SI-SNS) establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Para ello, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y bajo las directrices del Consejo Interterritorial del SNS, se impulsarán como líneas básicas de trabajo las siguientes:

- Gestionar los contenidos del SI-SNS desde un enfoque de atención integral a la salud, articulando toda la información estructural, de actividad y de resultados en torno a los objetivos del SNS (equidad, efectividad, calidad, eficiencia).
- Revisar, mejorar y potenciar las fuentes de información existentes.
- Orientar y desarrollar nuevas fuentes de información para cubrir lagunas detectadas, homogeneizar y armonizar la recogida, procesamiento e integración de nueva información.
- Coordinar los esfuerzos que realizan las Comunidades Autónomas en ese sentido, potenciando la participación permanente y el consenso técnico entre las partes.
- Recopilar y procesar de forma sistemática la información, y especialmente la referida a la población que está siendo recogida por instituciones no sanitarias.
- Establecer para el SNS un sistema de indicadores organizados en torno a su significado.

De modo más concreto, y en relación con los contenidos del presente informe, sería necesario acometer de manera prioritaria las siguientes tareas:

- Sustituir el criterio de caja por el de devengo como criterio de contabilización del gasto sanitario para su inclusión en la Estadística de Gasto Sanitario Público, con el fin de que dicha estadística refleje en cada año la realidad del gasto del sector. Reforzar asimismo la homogeneidad de los datos de gasto y armonizar su recogida.
- Apoyar al grupo de trabajo creado por la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la aplicación del Sistema de Cuentas de la Salud.
- Apoyar la implantación de una contabilidad analítica homogénea en todos los Servicios Autonómicos de Salud.
- Completar los datos de población protegida con información procedente de la base de datos de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).

- Medir las variables de tipo geográfico o socioeconómico que pudiesen existir en las Comunidades Autónomas.
- Ampliar al conjunto del sistema sanitario la información normalizada sobre recursos que se centra actualmente de forma exclusiva en la atención especializada.
- Instrumentar medidas para monitorizar la cartera de servicios del SNS y los centros de referencia de la atención especializada, ya que ambas cosas representan componentes básicos de equidad en el acceso a las prestaciones del sistema que deben ser medidos.
- Medir y analizar las grandes líneas de la accesibilidad al Sistema de Salud, que incluyen la continuidad asistencial, el acceso a la atención urgente y los canales de acceso e información de los usuarios.
- Desarrollar la historia clínica electrónica, herramienta esencial para la buena práctica asistencial y para lograr la eficacia y la eficiencia de los recursos sanitarios.
- Desarrollar la receta electrónica, que crea la infraestructura necesaria para la comunicación de las unidades en donde tiene lugar el acto clínico, y que permitirá optimizar la calidad del servicio y los elementos de detección temprana de posibles problemas terapéuticos al disponer de toda la información sobre los fármacos prescritos y dispensados.

VII
**COMUNICACIONES
DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

VII.1. ANDALUCÍA

OBSERVACIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA SOBRE EL INFORME DEL G.T. DEL GASTO SANITARIO

En principio, hay que valorar el esfuerzo realizado por los Ministerios de Economía y Hacienda y Sanidad y Consumo para la realización del Informe, y también se ha requerido un notable esfuerzo de las CC.AA. para facilitar los datos que han servido de base a su confección.

Como fruto de tal esfuerzo, se ha recopilado un conjunto de información que hasta ahora no se había integrado, y que aporta alguna visión adicional a los estudios existentes hasta la fecha.

Sin embargo, no podemos compartir su contenido en los siguientes elementos:

1. Poblaciones ponderadas por edad

Con respecto a los ajustes a la población protegida por tramos de edad, desarrollado en la segunda parte del Informe, se ha de poner de manifiesto que *el trabajo desarrollado por el MSC es ajeno al propio Grupo de Trabajo del Gasto Sanitario*, ni su metodología ni sus resultados han podido ser objeto de ningún tipo de discusión o reflexión por el GT. Incluso su finalidad, en el marco del Informe, puede dar lugar a distintas interpretaciones, puesto que básicamente parece que a través de ese trabajo se trata de explicar las diferencias que se observan en términos de gasto per cápita entre las distintas CC.AA.

Si este fuera el objetivo, conviene destacar, en primer lugar, que con lo que el gasto está absolutamente correlacionado es con la financiación sanitaria de la Comunidad.

En segundo lugar, el término “equivalente” para denominar a la población ajustada por la edad consideramos que no es correcto, puesto que la diferencia en la estructura poblacional no explica las diferencias de gasto entre CC.AA. más que en una pequeña proporción, y sólo en los ejercicios más cercanos.

Es evidente, así, que hay otros factores que explican la variabilidad del gasto. Al respecto mencionamos que, por ejemplo, que no se ha considerado la “población equivalente” derivada de los flujos turísticos, que en ningún momento se ha

correlacionado el gasto con la oferta instalada en cada una de las CCAA, o que de la misma Encuesta Nacional de Sanidad, utilizada para calcular los pesos de la edad, también se desprende que existen correlaciones evidentes entre baja renta por un lado y peor salud, mayor frecuentación y mayor consumo de fármacos por otro.

En consecuencia, entendemos que las causas que determinan la variabilidad del gasto entre distintas CC.AA. están aún pendientes de estudio y valoración.

2. Propuestas de racionalización del gasto

La Presidencia del GT, probablemente como consecuencia del escaso margen temporal disponible, no ha consultado a las CCAA sobre las medidas de racionalización del gasto puestas en marcha en cada una de ellas ni ha solicitado sugerencias sobre las que permitirían obtener un mayor impacto en el gasto.

Quizás por tal causa *se proponen medidas que, en su gran mayoría, ya se están desarrollando en todas las CCAA*, aunque puede que con diferencias en su intensidad o en su concreción práctica.

Desde luego, Andalucía tiene un largo trayecto recorrido en la aplicación de medidas en los ámbitos propuestos de regularidad y racionalización de compras, uso racional del medicamento, gestión clínica, incentivación a los profesionales basada en la evaluación del desempeño, colaboración entre los niveles de Primaria y Especializada, reducción de la variabilidad de la práctica clínica a través de la definición de procesos, etc.. Es la aplicación práctica de este tipo de medidas, entre otras causas, la que explica las diferencias que se observan en el Informe en términos de gasto por persona protegida.

Por lo tanto, las medidas que deberían incluirse en el Informe como propuestas de racionalización del gasto, deberían centrarse más en aquellos aspectos cuya consecución exige un esfuerzo conjunto de todas las partes implicadas, incluyendo la Administración Central del Estado, pues de otro modo no puede esperarse que colaboren a la contención de la evolución observada del gasto.

Sevilla, 23 de junio de 2005

VII.2. ARAGÓN

POSICIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN SOBRE EL INFORME DEFINITIVO DEL GRUPO DE TRABAJO DE GASTO SANITARIO

El Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario acordó, en su sesión de 20 de junio de 2005, celebrada en Madrid en la Sede del Ministerio de Economía y Hacienda, elevar a definitivo el “estudio sobre la situación del Gasto Sanitario en el sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva contable, pero también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia”, que le fue encargado por la Conferencia de Presidentes de 28 de octubre de 2004, para su puesta a disposición del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Debe precisarse que el informe sobre el que ahora fijamos posición fue elevado a definitivo sin mediar un procedimiento de aprobación, unánime o mayoritaria, de los miembros que componen el Grupo de Trabajo de Análisis, que figuran detallados en la cabecera del informe. De acuerdo con el procedimiento que propuso la Presidencia y que fue aceptado por los miembros del Grupo de Trabajo, el informe se cerró con el contenido de la versión entregada con fecha 15 de junio de 2005, si bien, como dicho contenido no es el resultado de un acuerdo expreso de sus miembros, se consideró necesario que se unieran al informe definitivo las opiniones y consideraciones que sobre la metodología seguida o los distintos contenidos del informe pudieran formular los representantes de las Administraciones Públicas que han participado en el análisis. En virtud de estos antecedentes, y en representación de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, se solicita a la Presidencia del Grupo de Trabajo se unan al informe las siguientes CONSIDERACIONES:

PRIMERA.- Con la mayor moderación y sin ánimo de autocomplacencia, la primera consideración que entendemos de justicia expresar es nuestro reconocimiento al Grupo por el trabajo realizado para la elaboración del estudio, teniendo específicamente en cuenta el plazo conferido para su realización. Los trabajos se han efectuado con las lógicas confrontaciones dialécticas por razón de la importancia y transcendencia de los datos que el informe contiene para futuras decisiones. Pero es importante señalar que la Presidencia del Grupo ha facilitado en la elaboración del informe el debate sobre el tratamiento de los datos y la elección de indicadores y, con este entorno, se ha conseguido el efectivo ejercicio del principio de cooperación entre Administraciones para lograr el cumplimiento del encargo, pues todas las Comunidades Autónomas y los órganos concernidos de la Administración General del Estado han podido expresar sus criterios y han proporcionado cuanta información ha sido requerida en función de los acuerdos adoptados en el Grupo de Trabajo, información que ha sido gestionada para su plasmación en las diferentes versiones del informe por la Adminis-

tración del Estado y puesta a disposición del conjunto de las Comunidades Autónomas de forma eficiente.

Sirvan todas estas reflexiones para manifestar nuestro convencimiento de que sería muy necesario que la experiencia acumulada en la elaboración de este informe se proyectara hacia el futuro, para conseguir mantener actualizados los datos estadísticos relativos a la prestación de la asistencia sanitaria y al análisis económico y funcional del gasto sanitario español, perfeccionando la metodología para la medición de la eficacia y la eficiencia, que en el actual informe referido al periodo 99/03 ha presentado importantes limitaciones.

SEGUNDA.- Debe resaltarse especialmente la conclusión que se contiene en la cabecera del informe de que el gasto sanitario crece en el periodo analizado 1999/2003 a una tasa superior a la que evoluciona el PIB nominal.

Esta conclusión debe conectarse necesariamente con la previsión contenida en Disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónoma de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, hasta el punto de concluir que la garantía de financiación que en dicha disposición se contiene para los tres primeros años del sistema de financiación (2002, 2003 y 2004) no resulta suficiente para dar cobertura a los servicios de asistencia sanitaria asumidos por las Comunidades Autónomas.

TERCERA.- La conclusión anterior (el gasto sanitario crece a una tasa superior a las que lo está haciendo el PIB nacional a precios de mercado) a la luz de los datos del informe puede aplicarse a todo el periodo analizado en el estudio, independientemente de la Administración que ejerciera las competencias de asistencia sanitaria, si bien el diferencial se acrecienta notablemente en el último ejercicio analizado, en el que las Comunidades Autónomas gestionan el 90% del gasto sanitario total consolidado.

Sin embargo, y como de forma persistente se ha puesto de manifiesto en el Grupo de Trabajo, no es posible obtener conclusiones técnicamente sostenibles que imputen directamente a la responsabilidad de gestión asumida por las Comunidades Autónoma y a las decisiones tomadas en el ejercicio de sus competencias por estos agentes su exclusiva contribución para justificar esta dinámica del gasto.

CUARTA.- Al hilo de lo anterior, desde la Comunidad Autónoma de Aragón valoramos muy positivamente el estudio como documento descriptivo y completo del gasto sanitario en España, coincidiendo en este aspecto con la opinión

mayoritaria del Grupo de Trabajo. Igualmente, consideramos de gran utilidad los datos estadísticos que el informe contiene en cuanto a indicadores de actividad y de resultados. No obstante, todos los participantes en el Grupo consideramos, y así lo hacemos notar nosotros expresamente al fijar esta posición final sobre el informe, que es improcedente (sobre la base de los trabajos efectuados) relacionar dichos indicadores con la dinámica de gasto, en el sentido de pretender encontrar en ellos la causa de su evolución. Para establecer conclusiones sobre la relación de causalidad de determinados indicadores y el gasto sanitario, deberá mejorar la metodología de selección, medición y ponderación de indicadores, y esta tarea no ha podido ser asumida por el Grupo en los plazos de que disponía para la elaboración del informe, aunque como ya expresamos veríamos muy positivo que se abordara en el futuro.

Zaragoza, 07 de julio de 2005.
Alfonso Peña Ochoa,
INTERVENTOR GENERAL

VII.3. ASTURIAS

OBSERVACIONES FINALES DE ASTURIAS AL BORRADOR DEL INFORME RELATIVO AL ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

1. OBSERVACIONES SOBRE LOS DATOS DE ASTURIAS INCLUIDOS EN EL INFORME:

La Comunidad Autónoma de Asturias desea poner de manifiesto que, en los datos que se presentan en el informe relativos al gasto real del año 2001 de Asturias, existe una infravaloración que asciende a 17.974 miles de euros. Este importe se ha descontado del gasto de 2002 y no se ha incluido en el año 2001 por lo que no figura en ninguno de los cálculos incluidos en el informe y por tanto, plantea una distorsión en las cifras presentadas.

2. RECOMENDACIONES:

Como complemento a las recomendaciones relativas al sistema de información sanitaria que se formulan en el informe y a la luz de algunas de las consideraciones en él contenidas, la Comunidad Autónoma de Asturias considera oportuno recomendar que se continúe trabajando en mejorar los siguientes aspectos:

- Los relativos al efecto que sobre la ponderación del gasto sanitario público tiene la estructura de población corregida por grupos de edad en el cálculo de los correspondientes perfiles de gasto y
- Los relativos a la relación entre gasto sanitario y dispersión geográfica.

VII.4. CANARIAS

ALEGACIONES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS AL INFORME DEFINITIVO DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

El documento presentado responde parcialmente a la encomienda de la Conferencia de Presidentes, toda vez que, si bien se ha cumplido el objetivo de analizar la composición del gasto, ha quedado pendiente de análisis la parte referida a la eficacia y eficiencia del mismo. Asimismo, se ha introducido un análisis poblacional (con poblaciones equivalentes) que no figuraba en los objetivos iniciales del Grupo de Trabajo, dado que éste se entendía como función asignada al Grupo de Trabajo de Población, asumiendo el de Gasto Sanitario los datos demográficos procedentes de aquél.

En relación con el apartado de análisis económico y funcional del gasto sanitario, señalar que, tal como se ha recogido en el documento final, permanecen algunas diferencias en la clasificación funcional del mismo, centradas fundamentalmente en el epígrafe de investigación y formación, que figura algo infravalorado, si bien las diferencias se recogen dentro del gasto en servicios colectivos de salud.

En relación con el apartado de gasto sanitario por población protegida se plantean por parte de esta Comunidad serias dudas con el empleo de la población protegida equivalente por los siguientes motivos:

1. Se desconoce la metodología completa empleada en su cálculo, a pesar de que fue solicitada con anterioridad a la reunión del Grupo de Trabajo celebrada el pasado 20 de junio de 2005.
2. La introducción de esta variable fue conocida en el documento recibido el pasado 13 de junio de 2005 y por tanto no ha existido tiempo suficiente para su análisis en detalle.
3. Se reitera la posible falta de coordinación en este aspecto con el Grupo de Trabajo de Población.
4. Si bien los índices de gasto por tramo de edad se han obtenido de fuentes tales como los costes medios de los GRD del año 2001 y los datos de gasto y consumo medios de recetas médicas del INSALUD del año 2001, esta información puede contar con sesgos propios de los centros incluidos en la base, así como diferencias entre las medias obtenidas y la situación específica de ésta Comunidad.
5. El mayor gasto por persona asignado a Canarias según se amplían grupos de edad en los distintos escenarios de población protegida, supone la exis-

tencia de aspectos que no han sido considerados como parte de los factores, y no sólo los de precio y prestación real media por persona, sino también aspectos como la insularidad y la dispersión poblacional.

Es por ello que se solicita la supresión de la parte del informe que tiene que ver con esta variable, en tanto no se atiendan los aspectos señalados.

Se considera que los factores explicativos del gasto sanitario que se incluyen en el informe (población, precios y prestación real media) no son los únicos que deberían ser considerados y, por tanto, sería preciso avanzar más en este terreno en la línea de los aspectos que se tratan a continuación.

Queda reflejado en el informe que la condición de insularidad de la Comunidad Autónoma de Canarias, entendida como ultraperifericidad y fragmentación territorial, no se ha considerado en el mismo, y ello es un aspecto relevante toda vez que en este territorio no sólo son factores explicativos del gasto los anteriormente mencionados (población protegida, precios y prestación real media por persona). Por un lado, es imposible comparar en términos de plena homogeneidad territorios continentales con territorios insulares fragmentados (en mayor o menor número de islas), en los que los costes de la no continuidad territorial son permanentes. En el caso de esta Comunidad se añade, asimismo, la ultraperifericidad, que incide igualmente de forma significativa en la estructura de costes de la asistencia sanitaria. Este impacto se está manifestando en un mayor gasto per cápita respecto a la media del conjunto de Comunidades Autónomas y en mayor dotación per cápita tanto en establecimientos sanitarios de carácter hospitalario (con la necesidad de contar con Centros Hospitalarios de nivel medio, pequeño o muy pequeño, en los que los costes de estructura representan un porcentaje importante del coste total del centro), como ambulatorio (Centros de Atención de Especialidades, Centros de Salud y Consultorios Locales), así como de equipamiento o recursos, y en consecuencia, de infrautilización de los mismos en determinados casos. La fragmentación territorial obliga a que se tengan que disponer de centros y equipos en prácticamente la totalidad de las islas y que, por tanto, los mismos estén siendo utilizados por debajo de su capacidad. Esta variable, que fue incluida en el diseño del vigente modelo de Financiación de las Comunidades Autónomas, debería ser analizada y examinada con detalle, puesto que se está infravalorando en cuanto a su incidencia en el gasto real de la asistencia sanitaria de Canarias a través, entre otros, del factor precios (no analizado de forma territorial en el informe).

Asimismo, parece conveniente continuar con la labor iniciada en este informe en relación con la valoración de la incidencia de la dispersión poblacional en el gasto sanitario, puesto que se entiende que aun cuando no se han encontrado correlaciones entre una variable y la otra, ha de tenerse en cuenta que posible-

mente ello se ha debido al nivel macro del estudio. Será por tanto necesario acometer un análisis exhaustivo de la más que probable relación entre ambas variables.

Las recomendaciones presentadas en el informe proceden en su totalidad del análisis del gasto y deberían ser complementadas con otras relacionadas con la financiación de la atención sanitaria. Se observa un desajuste creciente entre gasto y financiación que afecta de forma especial a esta Comunidad Autónoma: si bien en gasto per cápita se alcanzan los niveles más altos del conjunto de Comunidades, ocurre exactamente lo contrario en cuanto a financiación per cápita.

En Las Palmas de Gran Canaria, a 22 de junio de 2005

EL DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS
Alberto Mario PAZOS ASTRAR

VII.5. CATALUÑA

PROPUESTAS DE CONCLUSIONES A INCORPORAR EN EL RESUMEN DEL INFORME SOBRE EL GASTO SANITARIO

Evolución del gasto sanitario

La conclusión más importante que se deduce de toda la información recogida en el informe es la de que el gasto sanitario, en el período examinado, ha crecido un promedio de 2 puntos por encima del crecimiento del PIB, con una tendencia en el último año a incrementar este diferencial.

La disposición transitoria segunda de la Ley 21/2001, que aprueba el sistema de financiación vigente, garantiza durante un período de tres años (por tanto dentro del periodo examinado en el informe) para las comunidades autónomas con competencia en asistencia sanitaria (actualmente todas) que el índice de evolución de la financiación asignada tendrá un índice de evolución del PIB nominal a precios de mercado.

En consecuencia, durante el período examinado el gasto sanitario ha crecido claramente por encima del crecimiento del PIB y por encima de la garantía reconocida en la citada ley. Ésta es fundamentalmente la principal causa de los problemas de financiación y de las tensiones del sistema en todas las comunidades autónomas, lo cual queda demostrado, entre otros indicadores, por la aparición de una cantidad importante de gasto devengado fuera del presupuesto, en un porcentaje superior al 14% del gasto sanitario y del 4% del total gasto de las comunidades. Es significativo que Sanidad es la única área de gasto en la que se produce un volumen importante de gasto que excede el presupuesto.

Por estas razones, las propuestas de racionalización del gasto contenidas en el informe, siendo útiles, no deben entenderse como la única solución al problema de la financiación de la Sanidad Pública, que no puede resolverse, exclusivamente actuando tan solo por el lado del gasto.

Población protegida

La evolución de la población protegida por el Sistema Nacional de la Salud ha experimentado ritmos de crecimiento muy distintos entre CC.AA. Para el conjunto de CC.AA., en el periodo 1999-2003 la población protegida ha crecido un 6,6% (un 1,62% en términos anuales), sin embargo se observan diferencias sustanciales, en Baleares el aumento ha sido del 15,9% (3,8% anual), en Canarias el 13,6% (3,2% anual), en Murcia el 13,1% ((3,1% anual), en Madrid el 12,4% (3% anual), en Valencia un 10,3% (2,5% anual), en La Rioja un 8,5% (2,1%) y en Cataluña el 8,3% (2%).

Estas diferencias son importantes por cuanto el cálculo de las necesidades de financiación para la sanidad se realizó en base a los datos de población protegida del año 1999, y por consiguiente la financiación recibida obedece a una población protegida considerablemente menor a la efectiva. Esto produce diferencias significativas entre la financiación recibida y las necesidades de gasto en aquellas CC.AA. con aumentos de población superiores a la media.

Para un mayor detalle adjunto el documento remitido al grupo de trabajo sobre población.

Barcelona, 23 de junio de 2005

Josep M. Portabella d'Alós
Interventor general

VII.6. COMUNIDAD VALENCIANA

PROPUESTA DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD DE LA GENERALITAT VALENCIANA, DE “CONCLUSIONES QUE SE DERIVAN” DEL *INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO*

El Informe constituye un valiosísimo instrumento de información sobre el gasto público sanitario en su vertiente territorializada por Comunidades Autónomas y en su descripción de los factores que explican su evolución en el tiempo. No obstante, esta ingente labor descriptiva no va acompañada en su parte final de las correspondientes “conclusiones” del análisis (sin que éstas deban suponer juicios de valor ni elementos condicionantes de las posibles mediadas a adoptar por los órganos competentes, en su caso), mientras que sí se atreve a realizar una serie de recomendaciones sobre medidas de gestión (no aportadas por los miembros del Grupo de Trabajo) que difícilmente tienen engarce con el análisis realizado (y si lo tuvieran, lo sería después de extraer las correspondientes conclusiones).

Por ello, esta Comunidad Autónoma propone incluir en el Informe algunas conclusiones que considera relevantes para los fines perseguidos por el Grupo de Trabajo:

- I) Del análisis realizado se deriva que el aumento del gasto sanitario está superando al crecimiento del PIB, siendo que las posibilidades de ajuste del modelo de financiación vigente tienen como ‘techo’ la propia evolución de esta magnitud. Por tanto, entre las conclusiones del informe debería mencionarse la insuficiencia del PIB como factor de ajuste y la necesidad de flexibilizar y corregir el actual Modelo de Financiación, dando cabida a los nuevos elementos que están presionando al alza el consumo de recursos sanitarios.
- II) En relación a la falta de correlación del gasto sanitario y el PIB, debería concluirse que esta ausencia de correlación invalida el argumento de que los espacios regionales con mayor nivel de producción o riqueza requieran una mayor financiación sanitaria.
- III) En el informe se describe como está siendo la evolución del gasto y cuáles son los tres factores que lo explican, sin embargo no se aportan conclusiones sobre los resultados de este análisis, mientras se apuntan una serie de recomendaciones que, aun siendo razonables, no constituyen conclusiones directas del estudio realizado, por lo que, en todo caso, cabría su descripción en un apartado de ‘recomendaciones adicionales’.
- IV) Así, en el Informe se realiza un ejercicio de descomposición de los tres elementos que están influyendo en el crecimiento del gasto sanitario

público: la evolución demográfica, el factor precios y el factor prestación real media. Dado el peso de los dos primeros elementos (más de dos tercios del total), resulta ilustrativo sobre las conclusiones que cabe extraer, el hecho de que los gobiernos autonómicos no dispongan de margen de maniobra para el manejo y contención de esas dos terceras partes de la dinamicidad observada del gasto sanitario. Por tanto, se deduce una vez más la necesidad urgente de desarrollar y adecuar el actual modelo de financiación a la evolución real de la actividad sanitaria y sus causas, si se desea garantizar a medio y largo plazo la sostenibilidad del sistema sanitario público con el nivel actual de prestaciones.

- V) Habría que incluir algunas conclusiones del análisis en relación a los diferentes comportamientos y resultados obtenidos por las Comunidades Autónomas recientemente transferidas respecto al resto de Comunidades, especificando con detalle las matizaciones y posibles diferencias en la interpretación de las conclusiones obtenidas.
- VI) Para diferenciar el esfuerzo financiero que algunas Comunidades están realizando en relación al gasto sanitario, debería añadirse alguna conclusión obtenida de la comparación entre el peso relativo del gasto sanitario sobre el gasto público regional y el gasto sanitario “per cápita”. En este sentido, cabe apuntar que la Comunidad Valenciana es una de las Comunidades en las que dicho peso relativo es mayor y, aún así, se sigue situando entre las cifras más bajas de gasto sanitario “per cápita”, lo que está suponiendo una excesiva presión sobre el gasto público regional. Además, y en relación con la eficiencia del sistema, deberían extraerse las conclusiones oportunas de la relación observada entre población, gasto y actividad sanitaria. La Comunidad Valenciana muestra unos índices de actividad real mayores que la actividad esperada según su población, mientras que el gasto real es menor del esperado, lo que demuestra el sobreesfuerzo que se está realizando en esta Comunidad.
- VII) Respecto a los flujos de población desplazada (españoles o extranjeros y población inmigrante sin recursos no empadronada) y respecto a residentes extranjeros, se ha de concluir que el estudio ha sido incapaz (por lo que constituye una limitación al alcance del estudio realizado) de evaluar el impacto real que sobre el gasto sanitario de las Comunidades Autónomas está teniendo la atención a esta población, siendo en el caso de la Comunidad Valenciana un elemento de altísima repercusión económica. En este sentido, cabe concluir la necesidad de desarrollar el actual Modelo de Financiación en lo referente al Fondo de Cohesión, instrumento válido para resolver estas cuestiones pero que precisa de un

desarrollo normativo enérgico y en profundidad para recoger en su seno toda esta casuística de tanta trascendencia para algunas Comunidades y que está generando fuertes inequidades en la disponibilidad de recursos en las mismas.

- VIII) Vistas las carencias detectadas y la heterogeneidad de los sistemas de información regionales, se propone que el Grupo de Análisis recientemente creado se mantenga en el futuro para propiciar el desarrollo y la evolución de la información sanitaria hacia un sistema integrado y homogéneo que, a su vez, facilite la comparabilidad de las cifras y mantenga un trabajo de análisis y estudio permanente de este aspecto del gasto público tan crucial para la gestión de las Comunidades Autónomas.

VII.7. GALICIA

LA DISPERSIÓN GEOGRÁFICA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA GALLEGA

La principal característica de la geografía gallega, que condiciona la especial necesidad de recursos es la dispersión de su población.

Galicia cuenta con un 5,8% de la superficie de España y el 6,4% de la población, lo que condiciona que la densidad de población sea mayor (93,02% contra 84,42).

Estructura geográfica de Galicia-España 2003

	Número de Ayuntamientos	Superficie en km ²	% de superficie por provincias	Nº de entidades sintulares de población
A CORUÑA	94	7950	26,88	10.315
LUGO	67	9.856	33,33	9.754
OURENSE	92	7273	24,59	3.680
PONTEVEDRA	62	4.495	15,20	6.241
GALICIA	315	29.574	100,00	29.990
ESPAÑA	8.104	505.992		61.312
% GALICIA/ESPAÑA	3,89	5,8		

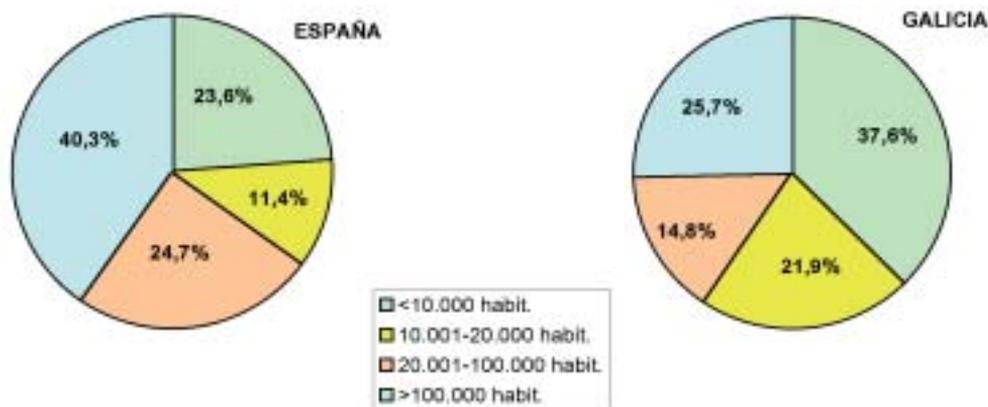
Revisión padronal a 1 de enero de 2003

Superficie oficial año 1996

Fuente: Instituto Gallego de Estadística

Sin embargo esta población está asentada en 29.990 entidades de población diferentes, el 48,9% de las de España que cuenta con 61.312, resultando 91 habitantes por entidad de población cuando la media española es de 655.

Un alto porcentaje de población vive en el medio rural, hecho que se ve reflejado en las estadísticas, con un 59,5% de la población en núcleos de menos de 20.000 habitantes y solo un 27,5% en núcleos de mas de 100.000 habitantes, mientras que la media de España é del 35% de la población viviendo en núcleos de menos de 20.000 habitantes y un 40,3% en núcleos de mas de 100.000 habitantes.



La optimización de los recursos se consigue mediante la utilización de centros de entidad suficiente. En Galicia la gran dispersión de población y las dificultades en las vías de comunicación, condicionadas por su orografía pero también por un financiamiento central insuficiente para las necesidades de infraestructuras, obliga a la construcción de múltiples centros que permitan acercar los recursos a la población, y no solo nos referimos a los centros de salud sino también a la necesidad de hospitales comarcales.

La dispersión y la necesidad de garantizar una equidad en el acceso razonable obligaron a la administración sanitaria gallega a construir múltiples centros asistenciales, con un coste muy superior al de otras comunidades autónomas que cuentan con mayor porcentaje de población urbana.

Así, Galicia tiene 382 centros de salud, el 13% de los totales de España (2.889), siendo el doble de los que les corresponderían por población, con el consiguiente incremento de gasto de mantenimiento y soporte administrativo. Cada centro asistencial de atención primaria debe dar cobertura a una media de 64,5% núcleos de población, cuando la media estatal é de 5,5%.

También fue necesaria la puesta en marcha de hospitales comarcales para acercar a la población los recursos de atención especializada.

La atención de urgencias y emergencias extrahospitalarias en Galicia solo es posible con múltiples puntos de atención continuada, con dotaciones reforzadas para cubrir las visitas domiciliarias, así como con una mayor dotación del 061.

En cuanto a la repercusión que esta dispersión tiene en el gasto de personal en atención primaria, se refleja en la siguiente tabla:

Provincia	Gasto en A.P. (personal)	Población según TIS	Gasto en A.P. por TIS (personal)	Densidad de población
A CORUÑA	104.313.575€	1.087.585	95,91€	140,98
LUGO	41.848.484€	341.886	122,40€	36,58
OURENSE	37.608.351€	329.630	114,09€	47,05
PONTEVEDRA	84.380.390€	910.452	92,68€	206,35
TOTAL GALICIA	268.150.800€	2.669.553	100,45€	93,02
TOTAL ESPAÑA		40.497.751		84,42

VII.8. MADRID

ALEGACIONES DE LA COMUNIDAD DE MADRID AL INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

De conformidad con lo acordado en la reunión del Grupo de Trabajo de Análisis de Gasto Sanitario Público celebrada el pasado 20 de junio, y para su incorporación como Anexo al informe, **la Comunidad de Madrid emite voto desfavorable al contenido de dicho informe** en base a todos los incumplimientos y limitaciones que se exponen a continuación:

En la Conferencia de Presidentes celebrada el 28 de octubre de 2004 se acordó (en la propuesta segunda) que el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público, bajo la dirección de la Intervención General de la Administración del Estado, *“realizase un estudio de la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud, con la ayuda del nuevo sistema de información. Este estudio se realizará no sólo desde una perspectiva contable, sino también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia”*. También se acordó (propuesta cuarta) *“la coordinación entre los dos grupos de trabajo”* (de análisis de gasto sanitario y de población).

En el estudio de la situación del gasto sanitario público contenido en el presente Informe, tal como se reconoce en la Introducción del mismo, no se realiza un análisis de la eficacia y de la eficiencia de dicho gasto. En la página ii e iii de la Introducción se pretende justificar las causas de dicho incumplimiento en base a las limitaciones de tiempo y de medios del Grupo de Trabajo, concluyendo que *“los indicadores empleados en el presente Informe no pueden considerarse indicadores de eficacia y eficiencia en sentido estricto”*. Esto constituye una primera limitación importante del Informe, en la medida que supone un incumplimiento del acuerdo adoptado por la Conferencia de Presidentes.

Además, el estudio de la situación del gasto sanitario debía realizarse con la ayuda de un nuevo sistema de información, el cual constituía otro acuerdo (propuesta primera) de la Conferencia de Presidentes. Dicho acuerdo consistía en *“crear un sistema de información homogéneo, ágil y transparente... La Administración General de Estado se propone impulsar la creación de un sistema de información obligatorio y transparente, siempre consensuado con las Comunidades Autónomas con los siguientes objetivos:*

- *permitir el análisis de los resultados en términos de eficiencia en la gestión de las distintas Administraciones.*
- *facilitar el análisis y evaluación de las distintas medidas adoptadas por cada Administración.*

- *identificar los gastos de las Comunidades Autónomas que financian las prestaciones mínimas que marca el Sistema Nacional de salud distinguiendo los de aquéllos otros que cada comunidad decide asumir para mejorar la oferta sanitaria a sus ciudadanos.”*

El presente informe no ha sido elaborado con la ayuda de ese nuevo sistema de información ya que el mismo no ha sido creado, sino que se ha elaborado con el sistema actualmente disponible, que, como figura en la página vii de la Introducción del Informe “*es fragmentario e incompleto para la toma de ciertas decisiones en materia de planificación, o para establecer determinadas políticas sanitarias... y ofrece una utilidad limitada para hacer el seguimiento integrado de las metas y objetivos del sistema nacional de salud*”. En conclusión, la no creación de un nuevo sistema de información, acordado por la Conferencia de Presidentes, supone otra limitación a los resultados contenidos en el presente Informe.

Otra limitación importante del informe resultante de este Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público deriva del periodo objeto de estudio (1999-2003), ya que las Comunidades Autónomas que recibieron los traspasos de la asistencia sanitaria en 2002, y teniendo en cuenta que efectuaron una gestión limitada de dicho ejercicio, han dispuesto de escaso tiempo para invertir las tendencias organizativas y características funcionales del periodo pre-trasferencial.

Además, la metodología empleada en el análisis descriptivo no ha sido analizada y consensuada por el Grupo de Trabajo, carece de rigor, en tanto no aporta la descripción necesaria de los métodos estadísticos seguidos, está basada, en muchos casos, en supuestos sobre los que no existe un acuerdo generalizado entre la doctrina de la economía de la salud y carece de calidad dada la heterogeneidad de los datos. La heterogeneidad de los datos deriva de las diferencias existentes en la oferta de servicios sanitarios autonómicos, en las estructuras organizativas de los servicios regionales de salud, en las adscripciones orgánicas de los servicios socio-sanitarios y de las discrepancias en el contenido de algunas categorías de gasto.

Por último, tampoco ha existido coordinación con el Grupo de Trabajo de Población, lo que constituye otro incumplimiento respecto a lo acordado por la Conferencia de Presidentes, salvo el suministro del dato de población protegida por Comunidades Autónomas; información que podría aportarse por el Ministerio de Sanidad y Consumo que, al formar parte del Grupo de Análisis del Gasto Sanitario, podría haber aportado directamente.

Por tanto, el informe del Grupo de Trabajo de Análisis de Gasto Sanitario, por su estructura y contenido, junto con la falta de coordinación con el Grupo de Trabajo de Población, no constituye un instrumento para la toma de decisio-

nes por la Conferencia de Presidentes y por el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

1. DESCRIPCIÓN DEL GASTO SANITARIO

Respecto a este apartado, el informe presenta una serie de tendencias en cuanto al gasto sanitario para el conjunto de las Comunidades Autónomas. Dichas tendencias tienen carácter agregado y dada la heterogeneidad en la organización sanitaria de cada Comunidad y las diferencias en las dotaciones y recursos de las mismas, operan en forma diferente dentro de cada Comunidad y no siempre son uniformes. La única que tiene dicho carácter uniforme es el crecimiento del gasto en todas las Comunidades, con una mayor intensidad en las Comunidades que reciben los traspasos de asistencia sanitaria en 2002 y, además, se acelera el crecimiento del gasto en los dos últimos años del período estudiado.

El dato recogido en el informe, y que no es objeto de análisis, es que el gasto sanitario crece en el conjunto del período el 9,01% y el PIB lo hace un 7,13%. Este proceso se agudiza en el 2003 en que el gasto sanitario crece un 11,57% y el PIB lo hace un 6,61%. Esto pone de manifiesto que el gasto sanitario crece muy por encima del PIB en los años estudiados, agravándose en años sucesivos, y provocando tensiones financieras en las Comunidades Autónomas.

La Comunidad de Madrid responde a esta tendencia. Así el PIB de la Comunidad de Madrid en 2003 crece un 6,59% y el gasto sanitario lo hace un 10,85%, mientras que la tendencia, hasta ese año, es continuista con el período anterior a la transferencia.

En general, los comentarios recogidos en el informe se centran en el último año 2003 y prescinde de consideraciones sobre las tendencias del período objeto de estudio 1999-2003, por lo que consideramos que para la comprensión de la variabilidad del gasto no se puede prescindir de su evolución, diferenciando sub-períodos muy claros, hasta 2001 y con posterioridad.

Capítulo de enorme importancia dentro del gasto sanitario es la retribución de asalariados. Madrid crece siempre por debajo de la media en todos los años del período. Sin embargo cuando se realiza el análisis en el informe por categorías profesionales se indica, de forma incongruente, que Madrid presenta los mayores incrementos retributivos en la mayor parte de las categorías analizadas. Esto se deriva de la comparación entre magnitudes no homogéneas, pues las tablas retributivas enviadas por las distintas comunidades constituyen, forzosamente, una simplificación y, además, tiene el sesgo de que no se incluyen todas las Comunidades. La concentración poblacional de Madrid hace que la mayor

parte de la retribución del personal de atención primaria se realice en función de los cupos poblacionales asignados, mientras que en otras Comunidades lo es en función de complementos excluidos del análisis (atención continuada), de ahí la falta de homogeneidad en los datos objeto de análisis.

Por otra parte, el informe obvia el hecho de que coexisten diversos regímenes (personal estatutario, funcionario y personal laboral), cuyas retribuciones no son objeto de análisis comparativo. Las tablas salariales aportadas por las Comunidades no recogen todas las circunstancias posibles y tratan de resumir las retribuciones estándar de las diferentes categorías.

Dentro de la clasificación funcional la Comunidad de Madrid sigue las pautas generales de evolución, con la particularidad de un importante incremento en los gastos de salud pública, investigación y formación, al tiempo que muestra un crecimiento por debajo de la media de los gastos de farmacia (recetas) y gastos de administración. Respecto a estos gastos de administración, en contraposición a Madrid, cabe destacar los altos porcentajes de crecimiento de la mayoría de las Comunidades.

En este apartado destaca el grado de concentración de los gastos de investigación y formación, especialmente relevantes para adquirir un alto nivel de calidad en la asistencia sanitaria y en el conocimiento científico aplicado. A pesar de constituir un conjunto de conocimientos que beneficia a todo el Sistema Nacional de Salud, paradójicamente el 75% del gasto se localiza en seis Comunidades, entre las que destaca Madrid con el más alto porcentaje en 2003.

2. INDICADORES DE GASTO POR PERSONA PROTEGIDA

Los datos de población protegida deberían ser coincidentes plenamente con los manejados por el Grupo de Trabajo de Población, a cuya metodología se debería remitir, e incluir los datos de dicho grupo. El informe muestra las cifras de población protegida finales sin incluir documento alguno procedente de este grupo mostrando las cifras de población protegida y los colectivos del mutualismo administrativo excluidos.

Como introducción a este apartado, en el informe se recogen los resultados sobre la descomposición del crecimiento del gasto, aportando como referencia, en nota a pie de página, diversos artículos, cuando lo procedente hubiera sido incluir su metodología para que el grupo pudiera debatir sobre la misma. El mayor impacto sobre el gasto corresponde a los precios, si bien para el análisis se utiliza el deflactor del PIB, como alternativa a un índice específico de precios sanitarios. Dicho índice de precios sanitarios no existe hoy en día y por tanto

constituye otra limitación que no aparece señalada. Por otra parte, esta descomposición, realizada para el conjunto de las Comunidades, no opera uniformemente en todas las Comunidades, en donde existen diferencias evidentes en niveles de precios y dotaciones tecnológicas.

El grupo de trabajo mostró discrepancias acerca de la metodología de cálculo sobre la población protegida equivalente, que no aparecen recogidas. Sobre este punto cabe señalar que, aunque se incluye anexo metodológico, se calculan siguiendo patrones a nivel estatal (referidos al ejercicio 2001), por lo que, al aplicar dicha metodología a cada Comunidad Autónoma, y particularizando sus perfiles de consumo a su población, se podría llegar a resultados diferentes a los mostrados en el informe. Lamentablemente el Grupo de Trabajo no ha dispuesto de tiempo para poder discutir y enriquecer esta metodología, pues los resultados del trabajo se presentaron el último día. No se contemplan aspectos comentados en el grupo de trabajo y que van adquiriendo importancia creciente, como es el volumen de población flotante, consecuencia del aumento de movilidad en la población por diversos motivos. Sólo el dato de pernoctaciones hoteleras, según fuente INE, permite cifrar un volumen total de población anual flotante de 625.098 personas en 2003, con diferente distribución por Comunidades.

Acerca del gasto sanitario por habitante la Comunidad de Madrid se encuentra por debajo de la media desde el origen del periodo estudiado (1999-2003). Dado el volumen de centros sanitarios y población, dicha tendencia no puede ser invertida a corto plazo y requiere el transcurso de un periodo mayor que en el caso de Comunidades más pequeñas, en donde actuaciones puntuales tienen gran impacto en el gasto capitativo. En el caso del gasto en atención primaria por persona protegida, en todo el periodo estudiado está por debajo de la media nacional, consecuencia de la dificultad de Madrid para desplegar centros de salud en el casco urbano de la capital. Además, el significativo incremento de población penaliza el gasto per cápita y minimiza los esfuerzos presupuestarios de las medidas adoptadas por de esta Comunidad, especialmente en el último año del período estudiado.

De acuerdo con los comentarios recogidos en la clasificación funcional, los gastos per cápita (especializada, primaria, salud pública, investigación, etc.). Madrid muestra un per capita por debajo de la media en atención primaria (por las razones apuntadas), y en gastos de administración, y un muy favorable ratio de gasto de farmacia por persona protegida (el ratio más favorable del conjunto de las diecisiete Comunidades). Por otra parte, muestra un importante esfuerzo en salud pública y en los gastos de investigación y formación, como ya se ha indicado.

3. INDICADORES RELACIONADOS CON EL GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA, ESPECIALIZADA Y FARMACIA

Es en este apartado del estudio se ponen de manifiesto las diferencias organizativas entre las Comunidades y la inconsistencia de algunos datos. La naturaleza jurídica de los servicios sanitarios de las Comunidades no resulta uniforme, por lo que los procedimientos contables responden a criterios diferentes. Con frecuencia la delimitación de los servicios sociales y sanitarios no resulta nítida, por lo que se comparan realidades diferentes entre Comunidades.

Ello supone que las fuentes que se utilizan para los datos de actividad acuden a diversas alternativas que responden a metodologías y criterios diferentes, con el único fin de que en el informe figure un dato. Como reconoce el propio trabajo, las fuentes de datos tienen carácter estadístico por lo que proporcionan datos de utilidad limitada para estudiar la evolución y seguimiento de objetivos del Sistema Nacional de Salud. Este aspecto constituye una carencia fundamental y supone una limitación a la hora de obtener conclusiones.

Como ejemplo podemos indicar el caso de Madrid en el gasto en atención primaria. Éste ha crecido acorde con el incremento poblacional y con el incremento en el número de médicos. Si tenemos en cuenta que aunque el gasto por habitante en atención primaria en Madrid es el más bajo del SNS, el ratio de habitantes por profesional que trabajan en atención primaria es mejor que la media. La conclusión es que o la organización de esta Comunidad es más eficiente o que no se han recogido los datos homogéneamente en todas las CCAA.

Al igual que en otros apartados del informe, en el caso de atención primaria no se comenta la evolución del período estudiado 1999-2003. Todos los análisis se centran sólo en el último año (2003), siendo importante comparar con los niveles de origen para ver la evolución.

Si nos centramos en la atención especializada, se pueden realizar consideraciones similares:

- Analiza la evolución de los parámetros sin tener en cuenta el punto de partida, lo que da lugar a conclusiones inadecuadas.
- Utiliza información no homogénea, que impide un correcto análisis comparado; pues no se parte de una definición normalizada de las distintas actividades hospitalarias. Este es el caso de actividad quirúrgica o cirugía mayor ambulatoria.
- Los datos aportados por las Comunidades contienen errores no depurados o carentes de una mínima explicación que permita contrastar su verosimilitud.

Algunos datos ofrecen incrementos en años puntuales, como es el caso de consultas externas en las series correspondientes a Extremadura (2003) o Navarra (2001), superiores al 40%, claramente incorrecto, y que distorsionan toda la serie. No se acompañan notas metodológicas al respecto que expliquen estas variaciones.

Tampoco se puede realizar una valoración en términos homogéneos de la actividad hospitalaria, si a las altas por hospitalización no se incorporan los procedimientos ambulatorios que han sustituido al ingreso, tales como la hemodinámica, implantes de marcapasos (más de 4.000 pacientes en el año 2003) o los hospitales de día, fundamentalmente oncohematológicos (326.000 en el año 2003), en aquellas Comunidades con tecnologías más avanzadas, como es el caso de la Comunidad de Madrid y que, previsiblemente en un alto porcentaje, otras comunidades resuelven mediante ingreso del paciente. También existen omisiones en las tablas de oncología radioterápica, en donde no figuran los años 2002 y 2003 y el dato de 2001 de algunas Comunidades.

Respecto a los indicadores de gasto en farmacia, las fuentes de información de la población no se detallan y las cifras discrepan de las utilizadas en el resto del estudio. Esta cuestión, que quiebra la metodología aplicada en el resto del trabajo para población, no aparece justificada en el texto.

Las tablas deberían comparar no solo datos relativos sino también absolutos, relacionándolos con el número de camas e índice de complejidad. En el gasto en farmacia hospitalaria se detecta que en el informe no se recoge la puntualización relativa al cambio del número de centros incluidos en la serie. Así en el período 1999-2001 los datos se refieren a los hospitales de INSALUD exclusivamente. Sin embargo desde las transferencias (año 2002) el dato recoge todos los centros dependientes de la Comunidad de Madrid e incluidos en su presupuesto, lo que explica un incremento más aparente que real del consumo en esta Comunidad y supone una limitación a las conclusiones, en la medida en que este tipo de situaciones se haya producido en otras Comunidades que recibieron la transferencia en las mismas fechas, pasando a integrar todos sus recursos sanitarios bajo la misma red asistencial. Entendemos que sería necesario discriminar este efecto antes de emitir conclusiones sobre el incremento de gasto.

No se aclara el concepto de gasto en el apartado referido a farmacia. Probablemente el que está incluyendo es el resultado de restar al importe la aportación de los ciudadanos (gasto previo). Sin embargo es preciso contabilizar el gasto final, en el que se incluyen, además del descuento del RD 5/2000, los descuentos que se realizan por otros conceptos en las Comunidades Autónomas.

4. INDICADORES DE RESULTADOS EN SALUD

Además de que la importancia de estos indicadores de salud requeriría un mayor desarrollo por Comunidades Autónomas del análisis de las tasas de mortalidad global, específicas por causa de muerte, mortalidad infantil y perinatal, en los que Madrid se sitúa en posiciones destacadas, no se estudia su correlación con las variables de gasto y características socioeconómicas de cada Comunidad.

5. PROPUESTAS RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

El conjunto de propuestas de racionalización del gasto contenidas en el informe y en el resumen son una enumeración de medidas que no son consecuencia directa o indirecta del análisis descriptivo efectuado en los diversos apartados.

Tampoco constituyen la finalidad del Grupo de Trabajo, el cual, de conformidad con lo acordado en la Conferencias de Presidentes, debería haber realizado un estudio de la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva contable, de su composición y origen, así como de su eficacia y eficiencia.

Dichas propuestas no responden a las necesidades planteadas por las Comunidades en las reuniones celebradas del Grupo, cuando otras cuestiones debatidas, como por ejemplo el análisis del gasto sanitario soportado por las Comunidades Autónomas consecuencia de medidas adoptadas por la Administración General del Estado, no han sido atendidas.

La mayor parte de las medidas propuestas por la Presidencia del Grupo, no por las Comunidades Autónomas, no se orientan, de forma directa, a la optimización del gasto, sino que suponen importantes desembolsos a corto plazo para las Comunidades Autónomas.

Sin embargo, sorprende que ante el incremento significativo de la brecha entre las tasas de variación del PIB y gasto sanitario, con sus consecuencias sobre la financiación autonómica y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, se obvie todo comentario o propuesta. Además hay que considerar el hecho de que el gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud en relación al PIB se encuentre por debajo de la media de los países de la OCDE.

También se echan de menos propuestas relativas a los gastos de investigación, a la necesaria actualización del Fondo de Cohesión Sanitaria como instrumento para garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio nacional, a la financiación del gasto sanitario derivado de la población

flotante y de la población inmigrante no empadronada, a la financiación de la asistencia sanitaria prestada a desplazados temporales y residentes de la Unión Europea, a la actualización de la cartera de servicios conforme a lo exigido por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud con sistemas que garanticen su adecuada financiación, así como a la necesaria actualización poblacional del sistema de financiación autonómica.

De lo anterior se concluye que no procede la inclusión de este apartado 5º del informe, ya que constituyen propuestas formuladas unilateralmente por la Presidencia del Grupo y no se derivan de un proceso de discusión por los representantes de las Comunidades Autónomas, por lo que se propone su supresión del informe.

6. RESUMEN DEL INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

El resumen adjunto al informe no contiene una imagen sintética y fiel del conjunto del documento, adoleciendo de omisiones importantes y recogiendo algunas conclusiones basadas en datos erróneos o heterogéneos, por lo que, en base a lo acordado en la reunión del pasado día 20 de junio, se propone la supresión del mismo.

EL DIRECTOR GENERAL,
Eladio Tesouro González

VII.9. MURCIA

ALEGACIONES DE LA COMUNIDAD DE MURCIA AL INFORME DEL GRUPO DE GASTO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO

De conformidad con lo acordado en la última reunión del Grupo de Gasto Sanitario, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia realiza las siguientes alegaciones relativas al contenido del Informe y al procedimiento de su obtención, al efecto de que sea anexado al mismo.

CONCLUSIONES DEL INFORME

El análisis efectuado por el Grupo de Trabajo es fruto del intenso trabajo de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado a cuyos técnicos se le debe reconocer el esfuerzo que han realizado en el proceso de recepción y análisis de la información remitida por las 17 Comunidades Autónomas y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. Constituye, sin duda, un buen punto de partida en el análisis de la situación del Sistema Nacional de Salud que nos permite abstraer una serie de conclusiones sobre la naturaleza de las tensiones financieras del mismo.

1. **El gasto sanitario ha crecido en España en los últimos años dos puntos por encima del PIB**, mientras que el sistema de financiación autonómica garantiza una evolución equivalente a la del crecimiento de la actividad económica, generándose, en consecuencia, un desfase entre los gastos generados y los ingresos obtenidos. Además esta garantía finaliza en 2006*, por lo que el gap ingresos-gastos aumentará a partir de ese momento.
2. **El gasto sanitario público del Sistema Nacional de Salud representa en 2003 el 5,2% del PIB**; porcentaje inferior al registrado por la media de los países de la OCDE. Por Comunidades Autónomas se observa una importante disparidad, siendo en las Comunidades de menor renta donde el peso del gasto sanitario es mayor, puesto que este ratio refleja el esfuerzo que las mismas acometen por prestar una asistencia sanitaria con los estándares medios de calidad.
3. **La participación del gasto sanitario en el total del gasto público autonómico asciende al 37,6% en 2003**, lo que refleja el esfuerzo de los gobiernos regionales por acometer su política sanitaria. No obstante, la falta de homogeneización competencial del gasto público autonómico imposibilita valorar los resultados obtenidos por Comunidades Autónomas.

* Ejercicio presupuestario en el que tiene lugar la liquidación definitiva del ejercicio 2004.

4. Desde la óptica económica, el componente de mayor peso lo constituye el capítulo de **remuneración de asalariados** cuyo crecimiento, si bien es menor que el registrado por el gasto sanitario público total, es significativamente mayor que el del PIB. Por Autonomías se observa que las Comunidades del antiguo territorio Insalud, una vez recibidas las competencias en enero de 2002, han incrementado sus retribuciones al fin de equilibrarlas en relación con los niveles que, a comienzos del periodo, presentaban las Comunidades Autónomas transferidas y que, salvo contadas excepciones, eran significativamente superiores. A pesar de ello, los datos analizados demuestran que para la mayoría de categorías profesionales la variabilidad por Comunidades ha aumentado, al tiempo que se observa la aparición de un efecto imitación entre los distintos Servicios de Salud.

No obstante lo anterior, las limitaciones de los datos primarios* aconsejan analizar con cautela estos resultados puesto que pueden estarse introduciendo sesgos en los mismos, sin que pueda estimarse cómo afectan a las distintas Comunidades y a las medias calculadas.

5. Desde la óptica funcional, **la farmacia** es el componente del gasto más dinámico dentro de los de mayor peso (atención primaria, especializada y farmacia). En el periodo analizado 1999-2003 el crecimiento medio ha sido del 9,72%; un ritmo, sin duda, difícil de sustentar financieramente por el Sistema y cuya contención exige la adopción de medidas de diversa naturaleza como las que ya han comenzado a implantarse por la mayoría de Comunidades Autónomas aunque con escasos resultados.
6. **El crecimiento del gasto sanitario se puede descomponer en tres factores: factor población, factor precios y factor prestación real media por persona.**
 - a) **Por el lado de la demanda, el aumento de la población registrado en España**, fundamentalmente a partir de 2000, ha condicionado en buena medida la evolución del gasto sanitario del Sistema. Se trata de un incremento demográfico sin precedentes en el país, tanto por su magnitud como por su distribución. En los años analizados, la población protegida ha crecido más de dos millones de habitantes, concentrándose dicho aumento en las regiones que, por su situación geográfica o por su mayor dinamismo económico, son receptoras de los **flujos migratorios**.

* Análisis efectuado sobre retribuciones anuales medias, sin computar el efecto de la evolución del número de efectivos, y con exclusión de Navarra y La Rioja.

Junto con este hecho, la estructura demográfica en algunas Comunidades Autónomas presenta un **elevado grado de envejecimiento**, lo que presiona fuertemente al alza el gasto sanitario por usuario. Este hecho, además, no hará sino acentuarse en los próximos años a la vista de las proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadística.

El desarrollo turístico nacional exige, asimismo, la efectividad de la **compensación financiera** de la asistencia sanitaria prestada a ciudadanos de la **Unión Europea** desplazados temporales o residentes.

- b) **Por el lado de la oferta**, la inflación sanitaria y el aumento de la prestación real, están altamente condicionadas por la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos; incorporación que, en el ámbito de la asistencia sanitaria, se produce de manera continua.
7. **Como consecuencia de todo lo anterior, resulta inaplazable la suscripción de un auténtico Pacto de Estado en el ámbito sanitario. Un pacto que vaya más allá de simples recomendaciones en el ámbito de la gestión de los sistemas regionales de salud y que, prescindiendo de condicionamientos políticos, impulse las medidas financieras necesarias para la sostenibilidad del sistema.**

LIMITACIONES DEL INFORME

A pesar de lo afirmado anteriormente, el Informe del Grupo de Gasto Sanitario no puede considerarse más que un primer borrador del estudio puesto que introduce cometarios y análisis no evaluados por el grupo, respecto a los cuales no existe acuerdo, al tiempo que omite otros solicitados por sus miembros.

Consideraciones de carácter general

1. No cumple el mandato de la Conferencia de Presidentes

La Conferencia de Presidentes acordó, en su sesión de 28 de octubre de 2004, el impulso de un grupo de trabajo para *la realización de “un estudio de la situación del gasto sanitario en el Sistema Nacional de Salud, ...no sólo desde una perspectiva contable, sino también de composición y origen del gasto, de eficacia y eficiencia”*. Su resultado y análisis, prosigue el Acuerdo, se elevará, junto con la conclusión del Grupo de Trabajo de Población, al Consejo de Política Fiscal y Financiera, cuyas decisiones se presentarán al Consejo Interterritorial de Salud y formarán parte del Plan de Calidad e Igualdad para la mejora del Sistema Nacional de Salud. A tal efecto, se debe *“potenciar la coordinación entre los dos grupos de trabajo anteriores”*. El contenido del acuerdo alcanzado, en su

caso, por el Consejo de Política Fiscal y Financiera se deberá incorporar al Proyecto de Ley de Presupuestos Generales para el año 2006.

El informe incumple el contenido de este mandato en los siguientes aspectos:

- a) **No aborda un análisis de eficacia y eficiencia, tal y como reconoce el propio informe, por la escasez de tiempo y medios de los que ha dispuesto el grupo.**
- b) **Se basa en un sistema de información “fragmentario e incompleto” y “ofrece una utilidad limitada para hacer el seguimiento integrado de las metas y objetivos del sistema nacional de salud”.** A pesar de que la Conferencia de Presidentes acordó la creación de un sistema de información homogéneo, ágil y transparente, tal sistema no se ha creado lo que limita enormemente la calidad del informe obtenido.

El trabajo acometido por el grupo, en consecuencia, puede ser un buen punto de partida para la creación de un sistema de información como el acordado por la Conferencia de Presidentes pero nunca un referente para la toma de decisiones de aquella.

- c) **No ha existido coordinación con el grupo de población.** Tan sólo, anecdóticamente, a través del suministro por parte de este último al grupo de gasto sanitario del dato de población protegida por Comunidades Autónomas; una información que, por otra parte, es elaborada por el Ministerio de Sanidad y Consumo que, al formar parte del Grupo de Gasto Sanitario, podría haber aportado directamente.

No obstante, esta ausencia de coordinación no nos sorprende dada la desconexión existente entre los contenidos de los trabajos de ambos grupos. Es por ello que desconocemos qué tipo de acuerdo podrá elevarse al Consejo de Política Fiscal y Financiera en base a sus respectivas conclusiones. Ni siquiera en las conclusiones del Informe del Grupo de Gasto Sanitario hay referencia a la necesidad de actualizar la población en el sistema de financiación autonómica a pesar de ser el aumento demográfico un claro condicionante de la evolución del gasto sanitario.

2. La falta de tiempo y medios ha redundado, asimismo, en una **baja de calidad de parte de la información tratada**, de algunas de las técnicas empleadas y de los resultados obtenidos por las mismas sin que, en algunas ocasiones, la evidencia empírica los avale. Resulta especialmente destacable el elevado grado de **heterogeneidad** de la información analizada. Si bien se han efectuado algunos ajustes, muchos otros han quedado pendientes, por lo que el informe en ocasiones está comparando distintos niveles de oferta, diferentes

estructuras organizativas y conceptos de gasto con distinto contenido, lo que inevitablemente limita la validez de los resultados obtenidos.

3. **El informe, por su estructura y contenido, no puede ser en modo alguno un instrumento para la toma de decisiones** del Consejo de Política Fiscal y Financiera y de la Conferencia de Presidentes. El informe consta de los siguientes apartados:
 - a) **Un análisis descriptivo**, muy extenso que, con 340 páginas, **carece de unas conclusiones** que ofrezcan una explicación clara y sintética de las causas de las tensiones financieras producidas en el ámbito sanitario a la vista de la evolución del gasto y de la financiación percibida para su prestación. Además, este análisis, a pesar de su aparente objetividad, lleva **implícitos numerosos juicios de valor**, unilateralmente adoptados por la representación de la Administración General del Estado en el Grupo, y de los que se derivan importantes consecuencias en los resultados obtenidos.
 - b) **Unas propuestas de racionalización** del gasto sanitario que **no se derivan en absoluto del análisis descriptivo previo**, cuya bondad es obvia y cuya implantación se está debatiendo desde hace años sin que hayan sido implementadas, primero por el Insalud y después por las Comunidades Autónomas, por los requerimientos informativos y contables de las mismas, además de por su elevado coste en algunos casos. Por otro lado, **se omiten aquellas propuestas** relacionadas con los factores determinantes del crecimiento del gasto sanitario y cuya efectividad, en consecuencia, es **necesaria para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud**.
 - c) **Un resumen de los dos apartados anteriores** que lejos de ofrecer una visión clara y sistemática de la situación analizada, introduce afirmaciones que la distorsionan. Es por ello que varios miembros del Grupo han solicitado su retirada sin que la Presidencia haya accedido a ello.
4. **Se ha cerrado sin acuerdo del Grupo de Gasto puesto que no ha sido sometido a votación, cuando existían numerosos aspectos sobre los que existe disconformidad.**
5. **Ha sido elaborado bajo criterios de decisión y funcionamiento del Grupo claramente arbitrarios.**
 - a) **La Presidencia del Grupo ha decidido unilateralmente la introducción de análisis de gran trascendencia sin ningún estudio previo** del Grupo, como ocurre con la técnica del usuario equivalente, **al tiempo que ha rechazado la incorporación de otros**, como el de la dispersión, **por no haber sido debatido en el seno del mismo.**

- b) **El informe introduce numerosos juicios de valor** en su redacción elaborada por la representación de la Administración General del Estado, incorpora algunas **reflexiones con escaso fundamento estadístico** al tiempo que **no recoge otras que resultan claves para entender la evolución del gasto sanitario.**
6. **Está referido a un periodo de tiempo (1999-2003) que no es significativo para las Comunidades que recibieron la competencia sanitaria en 2002.** En el caso de las Comunidades que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución, el informe sólo refleja dos años de gestión autonómica (2002-2003), puesto que en el trienio anterior el gasto sanitario era gestionado por el Insalud. Una vez asumida la gestión en 2002, no es hasta 2003 cuando los Gobiernos Regionales comenzaron a adoptar medidas con relevancia en la gestión sanitaria, en muchos casos como simple efecto de nivelación con las Comunidades transferidas, como ocurre con la política de personal y de inversiones.

Si bien el periodo de análisis viene impuesto por la disponibilidad de las estadísticas relevantes, y como tal fue acordado por los miembros del grupo, este hecho no deja de ser una importante limitación del análisis y como tal debe ser tenida en cuenta a la hora de valorar sus resultados

7. **No recoge el impacto de la población inmigrante no empadronada,** cuya influencia a partir del año 2000 ha sido indudable en el gasto sanitario de algunas Comunidades Autónomas, sin que quede reflejada como población protegida, elevando el gasto per cápita de las mismas.

Conviene recordar en este punto que la Ley Orgánica 8/2000, garantiza en su artículo 12 a todos los ciudadanos extranjeros, con independencia de su situación administrativa, asistencia sanitaria de urgencia, asistencia plena durante el embarazo, parto y posparto en el caso de mujeres embarazadas y asistencia plena para los menores de 18 años. Estos derechos han supuesto elevadas obligaciones de gasto para las Comunidades Autónomas sin que hayan devengado ingresos de ninguna naturaleza, a pesar de que el Consejo de Política Fiscal y Financiera acordó, en sesión de 22 de noviembre de 2001, su cobertura con cargo al Fondo de Cohesión Sanitaria.

Si bien se ha conseguido que el informe recoja finalmente una breve referencia a dicha circunstancia, el hecho de que el análisis no la incorpore supone una importante limitación del mismo.

Consideraciones de carácter particular

- a) **Analiza los factores causantes de crecimiento del gasto sanitario de manera parcial y subjetiva.** El informe concluye que los factores que han condicio-

nado el comportamiento del gasto sanitario en los últimos años son la población, los precios y la prestación real sanitaria; afirmación que, si bien es compartida por todos los miembros del grupo, es posteriormente analizada de manera parcial y con discutibles juicios de valor.

- **En relación al análisis de la población, la representación de la Administración General del Estado ha incluido unilateralmente un análisis de usuario equivalente cuya validez técnica es cuanto menos discutible al no existir acuerdo alguno en el ámbito de la economía de la salud, sin que, además, haya sido analizada previamente por el grupo.** Si bien este último acordó la ponderación del gasto por tramos de edad, la metodología a aplicar así como el esquema de ponderaciones ha sido hurtado del debate del grupo, imponiéndolo la Presidencia en la última reunión del mismo. Este hecho no es una cuestión baladí por su elevada incidencia sobre los resultados obtenidos, fundamentalmente para Regiones como Murcia con una estructura demográfica joven.

Si bien nadie discute el mayor gasto sanitario producido por la población mayor, la metodología aplicada para su cálculo **cambia las ponderaciones establecidas por el actual sistema de financiación autonómica**, incrementando sustancialmente la ponderación de los mayores de 65 años. Un cambio de este calado debería descansar en un estudio más profundo, máxime cuando está demostrado empíricamente que el consumo de este estrato de edad está íntimamente relacionado con el desarrollo de los servicios sociosanitarios, de manera que, a menor implantación de los mismos, mayor será la atención de los mayores en el ámbito sanitario.

Asimismo, la metodología seguida **asocia frecuentación a gasto**, hipótesis ésta que da como firme el borrador y sobre la que no existe ninguna evidencia, ni cita bibliográfica que la sustente. La observación de la realidad evidencia que existen otros factores de gran incidencia en el gasto como son el nivel de oferta y el grado de concentración demográfica, en la medida que ambos determinan la accesibilidad a los servicios. La consecuencia inmediata es la inexistencia de correlación real entre las ponderaciones obtenidas y los datos de gasto registrados.

Por otra parte, se ha tomado como base estadística la población y los datos de frecuentación del **ejercicio 2001** cuando, por el efecto de la entrada masiva de inmigrantes registrada a partir de ese año, se ha producido indudablemente un cambio del peso de determinados estratos de edad y de sus hábitos de consumo de servicios sanitarios.

Finalmente, se basa exclusivamente en **frecuentaciones de centros públicos** obviando los centros privados. De ese modo no se están recogiendo las visi-

tas o procesos con hospitalización realizados por centros privados que mayoritariamente se dirigen a población menor de 65 años. Este hecho puede falsear las frecuentaciones reales y perjudicar a aquellas Comunidades Autónomas con una población joven pero con un bajo nivel de aseguramiento privado, lo cual afecta en mayor medida a las de menor renta.

Así las cosas, el análisis de la importancia relativa de la variable población en el crecimiento del gasto público (21,4%) no puede ser analizada, como hace el informe, únicamente bajo la modalidad de usuario equivalente. Al contrario, debe realizarse conforme a la variable *población protegida*, desagregando además la **contribución al crecimiento por Comunidades Autónomas**, puesto que el dato nacional sesga a la baja la incidencia de esta variable en las Comunidades Autónomas que, como la de Murcia, más ha crecido en población.

- **En relación a los otros factores de crecimiento, el informe no ofrece un análisis de la incidencia de los mismos, similar al efectuado para la población.** La inflación sanitaria y el aumento de la prestación real, están altamente condicionadas por la incorporación de nuevas técnicas, tecnologías y procedimientos a la asistencia sanitaria. En este sentido, el informe no estudia el impacto que ha tenido sobre el crecimiento del gasto sanitario autonómico la “externalización” de las decisiones sanitarias estatales en términos de aumento de la cartera de servicios, a pesar de las reiteradas peticiones de varias Comunidades Autónomas.
- b) **Propone unas medidas de racionalización del gasto sanitario que no se derivan en absoluto del estudio previo realizado, al tiempo que omite otras cuya implantación es decisiva para la sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud, como son las siguientes:**
 - Actualización poblacional del sistema de financiación autonómica con carácter anual.
 - Actualización reglamentaria de los criterios de gestión y aplicación del Fondo de Cohesión Sanitaria para garantizar el cumplimiento de la finalidad para la que fue creado, esto es, salvaguardar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio nacional.
 - Financiación de la asistencia sanitaria prestada a desplazados temporales y residentes de la Unión Europea.
 - Definición de la **cartera de servicios**, en los términos exigidos por la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud como conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos y fijación de un sistema de actualización de la misma que garantice la financiación necesaria, dando así cumplimiento al principio de lealtad institucional.

Murcia, 22 de junio de 2005

VII.10. RIOJA (LA)

Agradeciendo el ofrecimiento de la Presidencia a fin de incorporar conclusiones o apreciaciones particulares por las CC.AA. que no se han recogido o singularizado en el informe pero que enriquecen el mismo, manifestamos lo siguiente:

1.º Antes del apartado de “RECOMENDACIONES”, se echa en falta un Capítulo de CONCLUSIONES en el que se recojan, entre otras las siguientes:

- a) El gasto sanitario evoluciona a lo largo del periodo considerado 1999-2002 a tasas de 2 puntos por encima del PIB nacional, por tanto, muy por encima de la evolución de los ingresos.
- b) En el periodo estudiado los consumos intermedios con un gran peso en farmacia hospitalaria y farmacia extrahospitalaria crecen en el periodo considerado 12,14% y 10,09%. Los gastos de personal lo hacen por encima del 7%
- c) En peso relativo desde un punto de vista económico, personal se acerca al 50%, farmacia al 25% y desde un punto de vista funcional especializada ronda el 53-55%.
- d) El incremento se debe fundamentalmente al aumento de la oferta sanitaria y de la demanda por el incremento de usuarios del Sistema. La descomposición de ese crecimiento teniendo en cuenta los precios responde al siguiente detalle:

Descomposición del crecimiento del gasto sanitario público entre 1999 y 2003

	2000	2001	2002	2003	TAM 99/03
Porcentaje de variación interanual del gasto sanitario	8,56	7,12	8,77	11,54	8,98
Porcentaje de variación interanual de la población protegida corregida por estructura (equivalente)	1,08	2,20	1,93	2,26	1,87
Porcentaje de variación interanual de los precios implícitos (deflactor del PIB)	3,43	4,19	4,50	4,01	4,03
Porcentaje de variación interanual de la prestación real media por persona	3,84	0,59	2,11	4,87	2,84
Porcentaje de variación interanual del PIB en términos reales	4,40	2,80	2,23	2,50	2,98

2.º En relación con las apreciaciones particulares, por la Comunidad Autónoma de La Rioja, manifiesta:

- El gastos sanitario está creciendo principalmente por la ampliación de la oferta y el crecimiento de la población protegida.
- Es preciso definir y acotar la oferta por parte de la Administración Central y reflexionar sobre la cartera de servicios que nos podemos permitir con el nivel de financiación existente.
- Equilibrar y armonizar la oferta entre todas las CC.AA.
- Sin una análisis de la cartera de servicios no se puede establecer ninguna comparación entre las diferentes CC.AA. en términos per cápita porque no sería homogénea.
- Sin tener en cuenta el coste que significa las variables socioeconómicas como insularidad, dimensión, superficie, dispersión, etc. Cualquier análisis que se realice a nivel per cápita está sesgado.
- Tal y como se ha confeccionado el informe y reconociendo el valor del mismo no responde ni contribuye a analizar la inquietud de insuficiencia de la financiación sanitaria. Las limitaciones del mismo no permite un análisis de eficacia y eficiencia.

LOGROÑO, 22 de Junio de 2005

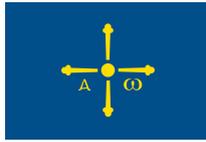
Fdo.: Jesús Francisco Rojas Soto
D.G. de PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTOS



Andalucía



Aragón



Asturias



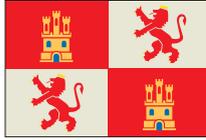
Islas Baleares



Canarias



Cantabria



Castilla y León



Castilla-La Mancha



Cataluña



Ceuta



Comunidad Valenciana



Extremadura



Galicia



Madrid



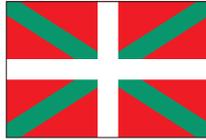
Melilla



Murcia



Navarra



País Vasco



La Rioja

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA



SECRETARÍA DE ESTADO DE HACIENDA Y PRESUPUESTOS

INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES

ISBN 84-8008-220-8



9 788480 082204

Precio: 12 € (I.V.A. incluido)